

## **ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

**К. А. Фурса**

С развитием онкологии стали особенно актуальны вопросы о психо-эмоциональном состоянии больных. Становится очевидным, что злокачественные опухоли или рак – это одно из заболеваний, которое несет в себе мощную стрессовую нагрузку. Также еще одной из важных психологических проблем в онкологической клинике является проблема реакции личности на болезнь. От того, как больной относится к своему заболеванию, зависит общий успех лечения.

Таким образом, целью работы является исследование особенностей внутренней картины болезни у онкологических больных.

Задачи:

- изучить особенности внутренней картины болезни у пациентов;

- выявить уровни психологического стресса у онкологических больных.

Объектом исследования являются пациенты с онкологическим заболеванием. Предметом исследования выступают особенности внутренней картины болезни на разных уровнях стресса у онкобольных.

Гипотеза исследования заключается в следующем: внутренняя картина болезни изменяется в зависимости от уровня стресса.

Методологическая основа исследования: концепция типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Я. Ивановым(1980) [2;3], концепция уровней психологического стресса Лемура-Тесье-Филлиона [1].

Используемые методы:

- Анализ научной литературы.
- Метод опроса.
- Метод тестирования.

Методики:

Ленинградский опросник бехтеревского института для оценки типов психического реагирования на соматические заболевания [4, с.535-545].

Шкала психологического стресса RSM-25 Лемура-Тесье-Филлиона [1].

Описание выборки. Исследование проводилось на базе Республиканского научно-практического центра детской онкологии и гематологии и Минского городского клинического онкологического диспансера. В исследовании принимали участие пациенты с онкологическими заболеваниями (рак крови, кожи, желудка и рак прямой кишки). Объем выборки составляет 55 человек, из них 15 мужчин, 15 женщин в возрасте 46-82 лет, а также 10 человек женского пола и 15 человек мужского пола подросткового возраста 15-17 лет. Средним возрастом по взрослой группе является 61 год, а по подростковой группе – 16 лет.

Длительность заболевания у взрослой группы составляет: от 3 месяцев до 1 года – 9 человек (2 женщины и 7 мужчин), от 1 года до 5 лет – 21 человек (11 женщин и 10 мужчин). Длительность заболевания у подростковой группы в период от 4 месяцев до 1 года – 9 человек (2 девочки и 7 мальчиков) и в период от 1 года до 3,5 лет – 16 человек (8 девочек и 8 мальчиков).

Для обработки данных были использованы следующие методы математической статистики: коэффициент ранговой корреляции Спирмена для выявления взаимосвязи между переменными и U-критерий Манна-Уитни для сравнения двух выборок, так как присутствует отличное от нормального распределение переменных.

Эмпирический анализ взаимосвязи и различия переменных во взрослой группе показал следующее. Результаты, полученные при обработке данных, свидетельствуют о наличии статистически значимой слабой

прямой зависимости между сенситивным типом реагирования на заболевание у онкобольных и возрастом, а также между паранойяльным типом и возрастом. Это означает, что чем старше пациент, тем он более склонен к сенситивной, паранойяльной реакции на онкологию и наоборот. Обнаружилась статистически значимая умеренная обратная зависимость между анозогностическим типом реагирования и возрастом. Это говорит о том, что чем старше пациент, тем менее он склонен к анозогностической реакции на онкологию.

А также в ходе исследования получили статистически значимую слабую прямую связь между длительностью заболевания и неврастенической реакцией, и обратную связь между длительностью заболевания и анозогностической реакцией. То есть чем раньше пациент узнал о своём диагнозе-онкология, тем чаще можно наблюдать неврастеническую реакцию, а анозогностическую реже. Кроме того получили статистически значимую умеренную обратную зависимость между длительностью заболевания и эргопатической реакцией. Чем раньше человек заболел онкологией, тем реже будет для него характерен эргопатический тип реагирования. Статистически значимых различий по полу в группе взрослых не было обнаружено.

Результаты свидетельствуют о наличии статистически значимой умеренной прямой зависимости между уровнем стресса и обсессивно-фобической реакцией на онкологию. Чем выше уровень стресса, тем чаще можно увидеть обсессивно-фобическую реакцию на заболевание.

Эмпирический анализ взаимосвязи и различия переменных в подростковой группе показал следующее. Результаты, полученные при обработке данных, свидетельствуют о наличии статистически значимой слабой обратной зависимости между апатическим типом реагирования на заболевание у онкобольных и возрастом. Это означает, что чем старше подросток, тем он менее склонен к апатической реакции на онкологию и наоборот.

Обнаружилась статистически значимая слабая прямая зависимость между паранойяльным, неврастеническим типом реагирования и длительностью заболевания. А также статистически значимая умеренная обратная связь между длительностью заболевания и эйфорическим, анозогностическим типом реакции на онкологию. Это говорит о том, что чем дольше подросток болеет онкологией, тем более он склонен к неврастеническому и паранойяльному типу реакции на болезнь. А чем меньше ребёнок болеет, тем больше он склонен реагировать эйфорическим и анозогностическим типом.

Далее в ходе исследования мы получили статистически значимую слабую прямую связь между уровнем стресса и паранойяльной реакцией

на онкологию у подростков. То есть пациенты с паранойяльным типом реагирования на заболевание имеют более высокий уровень стресса.

Значения, полученные при расчёте U-критерия Манна-Уитни, позволяют говорить о наличии статистически значимых различий в психическом типе реагирования на онкологию у девочек и мальчиков (так как  $p < 0,05$ ). При чем значения ранговых сумм указывают на то, что для мальчиков более характерен паранойяльный и эйфорический тип реакции на свою болезнь, а для девочек – неврастенический, сенситивный и тревожный.

Эмпирический анализ различия групп показал следующее. При сравнении двух групп, взрослых и подростков, мы получили статистически значимые различия в психическом типе реагирования на заболевание, так как  $p < 0,05$ . При этом показатели ранговых сумм указывают на то, что взрослой группе чаще свойственна эгоцентрическая и ипохондрическая реакция на онкологию, а подростковой группе – апатическая. В остальных случаях различий не обнаружилось.

Также в ходе исследования психических типов реагирования на заболевание обнаружили смешанные(2) и диффузные (более 2). Во взрослой группе смешанные типы наблюдались у 5 женщин и 4 мужчин, а диффузные – у 2 женщин и 1 мужчины. В подростковой группе смешанные типы были у 4 девочек и 5 мальчиков, а диффузные только у 1 девочки. Необходимо отметить, что у двух групп все лица женского пола в смешанном типе имели неврастеническую реакцию, которая граничила с сенситивной, тревожной и обсессивно-фобической у девочек и с сенситивной, тревожной и эгоцентрической у женщин. Что касается мужского пола, то в смешанном типе у мужчин преобладала эгоцентрическая реакция, граничащая с паранойяльной, тревожной и неврастенической, а у подростков в смешанном типе чаще встречалась эйфорическая реакция, граничащая с анозогностической, апатической.

Подводя итоги, можно сделать следующие выводы:

Выдвигаемая рабочая гипотеза подтвердилась. Взрослые с обсессивно-фобической реакцией и подростки с паранойяльной реакцией на онкологию имеют более высокий уровень стресса. Для обсессивно-фобической реакции характерны тревожная мнительность, малообоснованные опасения и невротические ритуалы, а паранойяльный тип реагирования – это уверенность что болезнь является результатом чьего-то умысла, крайняя подозрительность к лечению и медперсоналу.

Пациенты, которые более длительно болеют онкологией, проявляют чаще неврастеническую реакцию на диагноз (и взрослые, и подростки) и паранойяльную (подростки). Чем меньше времени пациенты болеют онкологией, тем чаще они склоны к анозогностической (взрослые, подрост-

ки), эргопатической (взрослые) и эйфорической реакции на заболевание (подростки).

Для пациента раннего подросткового возраста более характерна апатическая реакция на онкологию. Что касается взрослых, то чем старше, тем больше наблюдается чувствительная и паранойяльная реакция, а чем младше – анозогнозический тип реагирования.

У девочек больше обнаруживается неврастеническая, чувствительная и тревожная реакции на онкологию, а у мальчиков – паранойяльная и эйфорическая.

Подростки более склонны к апатическому типу психического реагирования на онкологию, а взрослые – к эгоцентрическому и ипохондрическому. В остальных типах реакций на заболевание различий не обнаружено.

Испытуемые женского пола в смешанном типе имеют неврастеническую реакцию, которая граничила с чувствительной, тревожной и обсессивно-фобической у девочек и с чувствительной, тревожной и эгоцентрической у женщин. В смешанном типе у мужчин преобладает эгоцентрическая реакция, граничащая с паранойяльной, тревожной и неврастенической, а у подростков в смешанном типе чаще встречается эйфорическая реакция, граничащая с анозогнозической, апатической.

#### Литература

1. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.: ил (Серия "Практикум").
2. *Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М.* Психологическая диагностика и коррекция в клинике. Л., 1983.
3. *Косырев В. Н.* Клиническая психология: Учеб.-метод, комплекс для преподавателей и студентов факультетов психологии / В. Н. Косырев; М-во образования Рос. Федерации; Тамб. гос. ун-т им. Г. Р. Державина. Тамбов: Изд-во ТГУ им. Г. Р. Державина, 2003.
4. *Менделевич В.Д.* Клиническая и медицинская психология . – М.: Медпресс, 1999.