

Секция «Психология»

**Характеристика внутренней картины болезни больных раком
предстательной железы на ранней и поздней стадии**

Богданова Любовь Сергеевна

Аспирант

*Московский государственный медико-стоматологический университет, Факультет
клинической психологии, Обнинск, Россия*

E-mail: lubovbogdanova@yandex.ru

Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее часто встречающихся новообразований у мужчин среднего и пожилого возраста. Заболеваемость РПЖ в России составляет 20-30 случаев на 100 тысяч человек, а смертность занимает 5 место после рака лёгкого, рака желудка, опухолей прямой и ободочной кишки. При этом отмечается, что около 80% больных к моменту постановки диагноза имеют болезнь в распространённой стадии (Аксель Е.М., 2005). В связи с быстрыми темпами роста заболеваемости РПЖ с каждым годом уделяется больше внимания его изучению.

Несомненно, методы медицинской диагностики и лечения постоянно развиваются, а, значит, улучшается качество медицинской помощи и возрастает число благоприятных исходов заболевания, однако помощь онкологическим больным должна состоять ещё и в психологической поддержке. С развитием психоонкологии больше внимания стало уделяться психологическим особенностям таких пациентов. Учёт особенностей внутренней картины болезни (ВКБ) способствует улучшению взаимодействия медицинского персонала с данной группой пациентов, обеспечивает индивидуализированный подход к лечению, что приводит к укреплению психического здоровья, повышению качества жизни, адаптации к требованиям социальной среды и условиям болезни (Психосоматика: телесность и культура., 2009).

Целью нашего исследования стало изучение уровней внутренней картины болезни больных раком предстательной железы на ранних и поздних стадиях развития заболевания.

Обследование пациентов проводилось на базе 4 урологического отделения ГКБ 50 г. Москвы и ФГБУ МРНЦ г. Обнинска. Всего нами было обследовано 85 больных РПЖ, находящихся на лечении в стационаре. На основании стадии развития заболевания было выделено две группы пациентов. Первую группу составил 41 больной, имеющий раннюю (I-II) стадию РПЖ, средний возраст $60,63 \pm 6,49$ лет. В данной группе 27 мужчин перенесли радикальную простатэктомию (РПЭ), 14 – получали гормонально-лучевую терапию (ГЛТ). Вторую группу составили 44 больных, имеющих позднюю (III-IV) стадию РПЖ, средний возраст $62,88 \pm 6,63$ года. Во второй группе 35 мужчин получали ГЛТ, 9 – перенесли РПЭ.

В исследовании были использованы следующие психологические методики: 1) Опросник «Восприятие болезни» (Moss-Morris R. и др.); 2) Интегративный тест тревожности (Вассерман Л.И. и др.); 3) Шкала депрессии SCL-90-R (Derogatis L. и др., адапт. Тарабриной Н.В.); 4) Опросник «Личностный смысл болезни» (Ялтонский В.М.).

В качестве результатов исследования представим характеристику каждого уровня ВКБ (чувственного или сенситивного, эмоционального, интеллектуального и мотивационного) больных РПЖ. В целом, чувственный уровень ВКБ у данной группы пациентов

характеризуется наличием проблем с мочеиспусканием, снижением потенции и полового влечения, усталостью и утомляемостью, наличием болей. Однако у больных на ранней стадии заболевания больше выражено наличие болей, что, вероятно, связано с острым началом заболевания и преобладающим видом лечения. Эмоциональный уровень ВКБ пациентов первой группы характеризуется отсутствием выраженной тревожно-депрессивной симптоматики. По сравнению с группой больных, имеющих раннюю стадию заболевания, в группе пациентов с поздней стадией РПЖ отмечается более высокий уровень ситуативной тревоги ($4,92 \pm 2,13$ против $3,31 \pm 2,12$, $p < 0,05$), в структуре которой доминируют фобический компонент ($4,44 \pm 1,9$ против $2,38 \pm 1,89$, $p < 0,05$) и тревожная оценка перспектив ($6,36 \pm 2,67$ против $4,69 \pm 3,09$, $p < 0,01$). Интеллектуальный уровень ВКБ больных РПЖ на поздней стадии характеризуется большей выраженностью оценки течения своего заболевания как хронического, постоянного, чем в группе на ранней стадии РПЖ ($20,25 \pm 4,85$ против $15,69 \pm 4,48$, $p < 0,05$), и меньшей уверенностью в положительных результатах лечения ($16,75 \pm 2,49$ против $20,75 \pm 3,06$, $p < 0,05$). В качестве причин заболевания чаще называются следующие: загрязнение окружающей среды, стрессы, возрастные процессы (старение), плохая медицинская помощь в прошлом и повреждения, травмы. Пациенты группы ранней стадии РПЖ наибольшее значение придают факторам влияющим на иммунитет (загрязнение окружающей среды), пациенты второй группы особо отмечают психологические факторы (стресс, напряжение). Мотивационный уровень ВКБ больных РПЖ характеризуется наличием преградного смысла болезни. Пациенты оценивают своё заболевание как препятствие в их жизни, которое они могут преодолеть, что отражает имеющуюся у больных надежду в связи с проводимым лечением. Некоторые больные, имеющие раннюю стадию РПЖ, в отличие от пациентов второй группы имеют позитивный смысл болезни.

Таким образом, можно отметить, что особенностями ВКБ больных РПЖ ранней стадии является: на чувственном уровне – проблемы с мочеиспусканием, преобладание болей, снижение потенции и полового влечения; на эмоциональном уровне – отсутствие выраженности тревожно-депрессивной симптоматики, понимание своего эмоционального состояния; на интеллектуальном уровне – представление о РПЖ как об остро протекающем, временном заболевании, поддающемся лечению, которое они получают; на мотивационном уровне – в основном, болезнь имеет преградный смысл. Отсутствие тревожно-депрессивной симптоматики, оценка своего заболевания как временного, уверенность в положительных результатах лечения отражают высокий уровень надежды пациентов на исцеление. Это может быть связано с особенностями отделения (высокий уровень профессионализма врачей, доброжелательная атмосфера, доступность информации о заболевании и лечении), а также получаемого малоинвазивного лечения. Для ВКБ больных РПЖ поздней стадии характерно: на чувственном уровне – наличие проблем с мочеиспусканием, потенцией и половым влечением; на эмоциональном уровне – преобладание ситуативной тревоги, основу которой составляют ощущения непонятной угрозы, неуверенности в себе, собственной бесполезности и озабоченность будущим; на интеллектуальном уровне – склонность рассматривать заболевание как постоянное, хроническое, которое продлится всю оставшуюся жизнь, а также отсутствие уверенности больных в результативности получаемого лечения; на мотивационном уровне – преобладает преградный смысл болезни, болезнь рассматривается как препятствие, которое можно преодолеть.

Литература

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г. // Онкоурология. – 2005. – № 1. – С. 6-9
2. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов / Под ред. В. В. Николаевой. – М.: Академический Проект, 2009. – 311 с. – (Gaudeamus).