

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

На правах рукописи

Вагайцева Маргарита Валерьевна

**ОТНОШЕНИЕ К БОЛЕЗНИ У МУЖЧИН С ДИАГНОЗОМ РАКА
ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

19.00.04 - медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Санкт-Петербург

2017

Диссертация выполнена в Санкт-Петербургском государственном университете.

Научный руководитель: кандидат психологических наук, доцент
Чулкова Валентина Алексеевна,
старший научный сотрудник ФГБУ «НИИ онкологии
имени Н.Н. Петрова» МЗ РФ.

Научный консультант: кандидат медицинских наук
Носов Александр Константинович,
Заведующий отделением, старший научный
сотрудник ФГБУ «НИИ онкологии имени
Н.Н. Петрова» МЗ РФ.

Официальные оппоненты: доктор психологических наук, доцент
Исаева Елена Рудольфовна,
заведующая кафедрой общей и клинической
психологии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-
Петербургский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова» МЗ РФ.

доктор медицинских наук
Васильева Анна Владимировна,
ведущий научный сотрудник отделения неврозов и
психотерапии ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-
исследовательский психоневрологический институт
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Российский государственный педагогический
университет им. А.И. Герцена».

Защита состоится « ____ » _____ 2017 г. в ____ часов на заседании совета
Д 212.232.53 по защите докторских и кандидатских диссертаций при Санкт-
Петербургском государственном университете по адресу: факультет психологии,
ауд. 227, наб. Макарова, 6, Санкт-Петербург, 199034.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке им. М. Горького
Санкт-Петербургского государственного университета по адресу: Санкт-
Петербург, Университетская наб., 7/9 и на сайте disser.spbu.ru.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2017 года

Ученый секретарь диссертационного совета
к.пс.н.



А.В. Трусова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. В настоящее время во всем мире наблюдается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями. Успехи в изучении онкологических заболеваний позволяют использовать новые высокотехнологичные методы лечения больных, что создает предпосылки для увеличения срока жизни онкологических пациентов. В этом случае становится актуальным изучение социально-психологической адаптации онкологических больных, важным аспектом которой является их отношение к болезни.

Онкологическое заболевание вызывает чрезвычайное психо-эмоциональное напряжение у заболевшего человека в связи с реальной угрозой жизни, нередко калечащими видами лечения и резким снижением качества жизни, вследствие чего возникает угроза психической травматизации больного (Чулкова В.А., 1978; Марилова Т.Ю., 1996; Колосов А.Е., Шиповников Н.Б., 1994).

Рак предстательной железы (РПЖ) является наиболее диагностируемым онкологическим заболеванием у мужчин и второй причиной «онкологической» смерти (Богомолов О.А., Жаринов Г.М., Школьник М.И., 2014). В настоящее время во всем мире и в России изменилась возрастная структура заболевания рака простаты - за последних 15 лет число заболевших мужчин в возрасте 50-55 лет удвоилось (Zhang H., Vermejo J.L., Sundquist J. с соавт, 2009, Мерабишвили В.М., 2013). Особенностью заболевания раком предстательной железы (РПЖ) является то, что своевременное и адекватное лечение - а скрытое течение заболевания, как правило, приводит к хирургическому вмешательству – простатэктомии - у данной категории больных позволяет значительно увеличить продолжительность их жизни (Debruyne F.M.J., Beerlage H.P., 2007). Однако качество жизни больных раком данной локализации может снижаться в связи с последствиями лечения и переживаниями, вызванными такими последствиями.

Согласно концепции В.Н. Мясищева, психологический механизм влияния болезни на личность характеризуется изменением всей системы отношений (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). Всестороннее исследование особенностей отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ на разных этапах заболевания является важным для построения концепции научно обоснованной профессиональной психологической помощи больным с таким диагнозом.

Анализ литературы, связанной с данной тематикой, показал, что изучаются механизмы психической адаптации различных категорий пациентов (Березин Ф.Б., 1998, Исаева Е.Р., 2009), достаточно широко представлены описания методов лечения рака простаты (Cities R.F., 1991; Kantoff P.W., 2010), содержатся данные о разрозненных зарубежных и отечественных исследованиях некоторых аспектов восприятия пациентами этой локализации рака (Stanford J.L., Ostrander E.A. 2001; Zhang H., Vermejo J.L., Sundquist J. et al., 2009), однако работы по исследованию отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ отсутствуют.

Цель исследования: изучение отношения к болезни и факторов его формирования у мужчин с диагнозом РПЖ после хирургического лечения.

Объект исследования: отношение к болезни у онкологических больных.

Предмет исследования: отношение к болезни, психодинамическая структура личности, уровень «психического здоровья», уровень субъективного контроля и восприятие временной перспективы у мужчин с диагнозом РПЖ после хирургического лечения.

Гипотезы исследования

1. Отношение к заболеванию у пациентов с диагнозом рака предстательной железы зависит от этапа течения заболевания, а также от возраста пациента.
2. Актуальное психическое состояние пациентов с диагнозом рака предстательной железы взаимосвязано с их отношением к болезни.
3. Отношение к болезни у больных раком предстательной железы в значительной степени взаимосвязано с его личностными характеристиками, такими как структура личности, уровень субъективного контроля и восприятия временной перспективы.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности субъективной оценки своего заболевания, а также субъективной оценки изменений супружеских отношений в связи с болезнью у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения.
2. Исследовать типы реагирования на болезнь у больных раком предстательной железы после хирургического лечения.
3. Исследовать уровень «психического здоровья» в соотношении с субъективной оценкой психического состояния и типами реагирования на болезнь у больных раком предстательной железы после хирургического лечения.
4. Изучить психодинамическую структуру личности, локус контроля, а также структуру восприятия времени и временной перспективы у пациентов с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения.
5. Изучить влияние фактора этапа заболевания (лечение, ремиссия, паллиативное лечение) на отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения.
6. Изучить влияние возрастного фактора на отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения.
7. Изучить взаимосвязи психодинамических характеристик и отношения к болезни у пациентов с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения.
8. Сформировать программу психологической коррекции эмоционального состояния с учетом выявленных особенностей отношения к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения.

Теоретико-методическую основу исследования составили следующие научные представления и концепции: биопсихосоциальная модель (Engel, 1979, 1980, Карвасарский Б.Д., 1998); концепция В.Н. Мясищева (1960, 1974) о личности как системе отношений; концепция отношения к болезни (Личко А.Е., Иовлев

Б.В., Карпова Э.Б., 1983); концепция единства сознания и деятельности А.Н. Леонтьева (1975); концепция об экстремальной и кризисной ситуациях, развиваемая сотрудниками кафедры психологии экстремальных и кризисных ситуаций (Хрусталева Н.С., 2010); системное использование в психологическом исследовании больных клинко-психологического и экспериментально-психологического методов (Зейгарник Б.В., 1976); концепция психического здоровья (Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Иовлев Б.В., 2001).

Методы исследования. Используются клинко- и экспериментально-психологические методы исследования: клинко-психологическая беседа и наблюдение; методика для психологической диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2001); Я-структурный тест Аммона (Ammon G., 1997); методика оценки психического здоровья «МОПЗ» (Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Иовлев Б.В., 2001); методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК) (Бажин Е.Ф. с соавт., 1993); методика «Семантический дифференциал времени» (СДВ) (Вассерман Л.И. с соавт., 2009); метод мотивационной индукции (Нюттен Ж. / Толстых Н.Н., 1997); авторский опросник «Шкалы самооценки», сформированный на основе методики диагностика самооценки Дембо-Рубинштейн (1981) в модификации А.М. Прихожан (1985).

Достоверность полученных результатов и выводов диссертации обеспечивается современной научно-методологической базой исследования, использованием комплекса методов, адекватных предмету исследования, цели, задачам и гипотезам, репрезентативностью выборки, сочетанием качественного и количественного анализа полученных данных, в том числе применением математико-статистических методов для обоснования статистической достоверности результатов.

Научная новизна работы. Настоящая работа является первым комплексным клинко-психологическим и эмпирическим исследованием, направленным на изучения отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ с учетом клинических и социо-демографических характеристик. В работе впервые проведено исследование различий в отношении к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ на следующих этапах течения заболевания: лечения, ремиссии и паллиативного лечения. Впервые изучались различия отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ в зависимости от их возраста. Впервые выявлены взаимосвязи отношения к болезни, структурных личностных характеристик больных, актуального психического состояния, типов реагирования на болезнь, локуса контроля, а также восприятия временной перспективы у мужчин с диагнозом РПЖ после хирургического лечения.

Теоретическая значимость исследования. На примере ранее не изученной в психологическом плане группы пациентов с диагнозом рака предстательной железы после хирургического вмешательства на этапе лечения, ремиссии и этапе паллиативного лечения показана взаимосвязь отношения к заболеванию с личностными характеристиками, такими как структура личности, уровень субъективного контроля и восприятия временной перспективы. Это дополняет и

углубляет теоретические представления современной медицинской психологии о роли психологических факторов в течении, лечении и социально-психологической реабилитации больных хроническими соматическими заболеваниями.

Помимо этого, впервые выявлены специфические психологические характеристики мужчин с диагнозом РПЖ на разных этапах заболевания: переживания витальной угрозы усугубляются, а у некоторых пациентов замещаются значимыми переживаниями, связанными с нарушениями мочеполовой сферы. Выявленные в проведенном исследовании данные расширяют представление об онкологическом заболевании как экстремальной ситуации и психологическом кризисе, а также расширяют представления медицинской психологии и клинической медицины о роли психологических факторов в лечении и реабилитации онкологических больных.

Практическая значимость исследования. В рамках исследования был сформирован комплекс методов психологической диагностики, позволяющий получить нозоспецифический профиль отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ на различных этапах заболевания и определить структуру личности, актуальное психическое состояние, типы реагирования на болезнь, уровень субъективного контроля, а также восприятие временной перспективы пациентов. Этот комплекс может быть рекомендован для диагностического этапа психологического сопровождения пациентов с диагнозом РПЖ на различных этапах заболевания в онкологическом стационаре.

Выявленные психологические факторы пациентов с диагнозом РПЖ на различных этапах заболевания могут быть учтены при формировании программ психологической помощи и социально-психологической реабилитации больных. Показано, что в качестве основных «мишеней» коррекционной работы должны выступать типы реагирования на болезнь с учетом выявленных личностных и социально-демографических характеристик пациента.

Полученные результаты могут быть использованы при разработке программы психологического сопровождения как больных с диагнозом РПЖ на различных этапах заболевания, позволяющей осуществлять психологическую подготовку пациентов к операции и последующему лечению, оптимизировать психологическое сопровождение их в ремиссии, так и родственников пациентов на всех этапах заболевания вплоть до терминального. Материалы исследования могут быть использованы в программах подготовки и повышения квалификации врачей, медицинских сестер и психологов, работающих с пациентами с диагнозом рака предстательной железы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Пациенты с диагнозом рака предстательной железы характеризуются наличием аффективных переживаний, связанных с нарушением мочеполовых функций как результата лечения, реакцией вытеснения на неспецифическое для онкологических пациентов переживание витальной угрозы, склонностью рационализировать свои переживания, астеническим характером реагирования на трудности (снижение самооценки и вовлеченности в происходящее, передача ответственности за жизненно важные решения

- другим), преобладанием эргопатического и анозогноического типов реагирования на болезнь.
2. Эмоциональные, личностные и поведенческие характеристики у мужчин с диагнозом рака предстательной железы различаются при разных уровнях психического здоровья и по-разному взаимосвязаны с отношением к болезни. Социально дезадаптивные реакции на болезнь с интერпсихической и интрапсихической направленностью отмечаются в группе больных с уровнем психического здоровья, выходящим за пределы нормативных показателей.
 3. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения не имеет прямой зависимости от течения заболевания, а в большей степени связано с фактором субъективной удовлетворенности пациентов своими семейными отношениями.
 4. Возраст больного не является фактором, однозначно определяющим отношение к болезни у пациентов с диагнозом рака простаты. Соотношение специфических и неспецифических аффективных переживаний в целом может быть обусловлено онтобиозом. Однако более устойчивые взаимосвязи выявлены между показателями отношения к болезни и личностными характеристиками больных, такими как компоненты структуры личности, локус субъективного контроля, а также восприятием и направленностью временной перспективы.

Основные этапы исследования. Исследование было проведено в течение 2010-2015 гг. На первом этапе (2010 г.) на основе литературных данных и опыта практической работы с онкологическими больными была составлена диагностическая программа исследования, отобраны релевантные методики, сформированы направления отбора пациентов в группы сравнения. На втором этапе (2010-2013 гг.) было проведено исследование отношения к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения в ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава РФ и СПб ГКУЗ «Хоспис №1». На третьем этапе (2013-2015 гг.) были выработаны математико-статистические методы обработки данных, проведены анализ и описание полученных результатов.

Апробация результатов исследования. Основные положения по теме диссертационной работы и результаты исследования представлялись и использовались: в докладах и обсуждениях на заседаниях кафедры психологии кризисных и экстремальных состояний факультета психологии СПбГУ (2011, 2013, 2014, 2015, 2016); в докладах и выступлениях на конференциях, в том числе, международных, на факультете психологии СПбГУ: «Ананьевские чтения» (2011, 2013, 2014, 2015, 2016); «Психология XXI века» (2011); в научно-практической конференции «Местно-распространенный рак предстательной железы» в ФГБУ «Институт онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ (2012, 2013, 2014); на Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых "Клиническая психология. Наука и практика: пути интеграции" в РГПУ им. Герцена (2013); на Международном конгрессе «Кох-Мечников», СПб. (2013); на XIX Российском онкологическом конгрессе, Москва (2015); при проведении обучающих семинаров в Институте практической психологии «ИМАТОН» (2013, 2014, 2015), в ФГБУ

«Институт онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ (2015); в рамках практической деятельности автора в качестве штатного медицинского психолога ГКУЗ «Хоспис №1» (с 2011) и ФГБУ «Институт онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, Санкт-Петербург (с 2015), а также в рамках МОД «Движение против рака» (с 2011).

Объем и структура работы. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения и выводов, изложена на 175 страницах компьютерного набора; содержит 23 таблицы, 14 рисунков, список литературы, включающий 281 наименование, в том числе 94 на иностранных языках, и шесть приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность исследования, определены цель, объект, предмет и задачи работы, сформулированы гипотезы, представлены методологические основания и эмпирические методы исследования; показана научная новизна, сформулированы положения, выносимые на защиту; раскрыта теоретическая и практическая значимость работы.

В первой главе «Аналитический обзор литературы» в 3-х разделах представлен обзор отечественной и зарубежной литературы.

В разделе **1.1 «Личность больного как система отношений»** описываются эволюция представлений о соотношении личности и болезни, а также исторические предпосылки развития биопсихосоциальной модели восприятия болезни пациентом. Необходимость изучения субъективной стороны заболевания подчеркивалась еще в XIX веке такими выдающимися российскими учеными, как М.Я. Мудров, Г.А. Захарьин, позднее П.Б. Ганнушкин, С.П. Боткин, Н.И. Пирогов, Л. Гольдшейдер, в XX веке - Р.А. Лурия (1930), Е.А. Шевалев (1936), затем - Л.П. Фрумкин, И.А. Мизрухин (1970), Л.Л. Рахлин (1971), В.В. Ковалев (1979), F. Alexander (1995), T. Parsons (1998). В отечественной литературе проблема влияния болезни на личность больного рассматривается в контексте психологической теории отношений (Мясищев В.Н., 1998). Согласно этим представлениям, система отношений человека является ядром личности, определяющим ее адаптационный потенциал и способность принятия изменений, в том числе, связанных с соматическим заболеванием (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). Концепцию В.Н. Мясищева (1998) «Личность как система отношений» можно рассматривать как теоретическую основу исследований проблемы «человек - болезнь».

В разделе **1.2 «Роль отношения к болезни в структуре системы отношений»** рассматриваются представления об отношении к болезни с позиций психиатрии и психологии, а также типы отношения к болезни, взаимосвязь отношения к болезни и смысла жизни пациента. Отношение к болезни непосредственно влияет на всю систему отношений больного. В фокусе внимания психиатрии оказываются острые реакции личности на соматическое заболевание, обусловленные низкой толерантностью к психотравмирующим воздействиям (Телешевская М.Э., Погибко Н.И., 1978; Козырев В.Н., 1989; Смулевич А.Б., 1997; Сыркин А.Л., 2003). При психологическом анализе проблемы «личность - болезнь» под болезнью

понимается не объективно существующий патологический процесс в организме, а болезнь как событие в жизни личности (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). В современной зарубежной литературе формирование отношения к болезни рассматривают такие авторы как В. Бройтигам, П. Кристиан, М.Рид (1999), R. Lazarus (1997), Р. Конечный и М. Боухал (1983), в отечественной психологии - В.В. Николаева (1992), В.Д. Менделевич (1998), П.И. Сидоров (2002). В рамках концепции В.Н. Мясищева отношение к болезни рассматривается во взаимодействии изменений, связанных с болезнью в когнитивной, эмоциональной и мотивационно-поведенческой сферах. Влияние этих компонентов на формирование отношения к болезни рассматривали такие авторы как Б.Д. Карвасарский (1995), Е.В. Демин (1999), П.И. Сидоров (2002), В.А. Чулкова (1976), Т.Ю. Марилова (1984), С.Л. Рубинштейн (2000), А. Ленгле (2007), S.A. Everson (1966), S.E. Tbone, B.D. Bultz, W.F. Baile (2005). Рассматривая проблему «личность-болезнь», необходимо упомянуть важный фактор, влияющий на отношение к болезни – осознание больным смысла своей жизни. Проблеме смысла жизни в психологической науке уделяли внимание З. Фрейд (1901), К. Юнг (1906), А. Адлер (1929), К. Роджерс (1942), В. Франкл (1985) и Р. Мэй (1994). Данные авторы подчеркивали взаимосвязь переживания смысла жизни с волей человека и желанием жить. В отечественной психологии во второй половине XX века над этой проблемой размышляли Б. Г. Ананьев, Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь, А.Н. Леонтьев, Д.А. Леонтьев и др.

В разделе **1.3 «Психологические исследования в онкологии»** описываются история возникновения психоонкологии и онкопсихологии, направления и методы исследований психологических аспектов онкологического заболевания, психологические особенности онкологических больных, экспериментально-психологические исследования в онкологии, клинические характеристики и особенности психического состояния мужчин с диагнозом рака предстательной железы (РПЖ). Онкологическое заболевание выделяется из совокупности тяжелых заболеваний с витальной угрозой и имеет свои существенные отличия физиологического и психологического порядка (Тхостов А.Ш., 2002). Психоонкология рассматривает два основных психологических аспекта рака: психологические реакции пациентов и их семей на рак на всех стадиях заболевания ("онкопсихология" - "oncopsychology"), и психологические, поведенческие и социальные факторы, которые могут влиять на процесс болезни ("психосоциальная онкология" - "psychosocial-oncology") (Holland J. C., 1989). Некоторые зарубежные исследователи пытались выявить связь заболевания с определенными личностными особенностями, присущими больному еще до развития заболевания (Greer S., 1994; Clarke D.M., 2002). Основоположник онкологии в нашей стране Н.Н. Петров придавал большое значение личности пациента при лечении рака (1945). Среди авторов, внесших весомый вклад в исследование проблемы, следует отметить А.В. Гнездилова (1974), В.А. Чулкову (1976), Н.Б. Шиповникова (1976), А.Н. Великолуг и Р.В. Овчарову (1997), Н.И. Непомнящую (1997), О.И. Русину (2002); Л.Н. Касимову и Т.В. Илюхину (2007); В.Я. Семке (2008); В.Ф. Архипову и О.И. Кокорину (2009); Т.А. Куприянову (2009); Е.В. Пестереву (2011) и др. Ряд

отечественных психологов рассматривает ситуацию онкологического заболевания с психологической точки зрения как экстремальную и как кризисную. При адекватном разрешении кризиса происходит переоценка жизненных ценностей, жизненного смысла, тогда как в экстремальной ситуации личность может достаточно длительное время оставаться относительно интактной, за что индивид часто расплачивается разнообразными реакциями психогенного характера (Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М., 2010). Физиологические исследования в онкологии нацелены на поиск значимых корреляций между началом развития раковой опухоли и внутренними нейроэндокринными и иммунологическими изменениями, имеющими место в моменты эмоционального стресса (Менделевич В.Д., 1998, Бухтояров О.В., 2007, Архангельский А.Е., 2012). Однако такие авторы как Дж. С. Холланд (Holland J.C.), У. Брайтбарт (Breitbart W.), Д. У. Киссейн (Kissan D.W.), М. Уотсон (Watson M.), (2013) утверждают, что, согласно результатам современных исследований в Англии, Австралии и США, практически полностью развенчивается миф о стрессе как о причине рака. Современные психологические исследования доказывают, что психотерапия рака не является решающим фактором выживаемости онкологического больного. При этом несомненна роль психокоррекционного воздействия в условиях психической травмы, связанной с онкологическим заболеванием, ценностями которого являются самоосмысление, свобода и ответственность пациента за принятие жизненно важных решений. (Holland J.C., 1989). В России чаще всего изучаются особенности восприятия онкологического заболевания больных раком молочной железы, реже – больных раком желудочно-кишечного тракта, раком легкого, меланомой, лимфомой и генитальными формами рака (Гнездилов А.В., 1976, Бажин Е.Ф., 1980, Демин Е.В., 1999, Важенин А.В., 1996, Ивашкина М.Г., 1998, Шарова О.Н., 2000, Биктимиров Т.З., 2002, Русина Н.А., 2002, Тарабрина Н.В., 2010, Пасов В.В., 2012). Практически нет исследований психологического восприятия болезни мужчинами с диагнозом рака предстательной железы. Экспериментально-психологические исследования типа отношения к болезни при онкологических заболеваниях также немногочисленны, и представлены единичными работами (Чулкова В.А., 1975, Шиповников Н.Б., 1976, Марилова Т.Ю., 1984, Шарова О.Н., 2000, Щукина У.Г., 2006, Пестерева Е.В., 2011).

Принято считать, что рак предстательной железы является наиболее изученным, но в то же время наиболее противоречивым из всех онкоурологических заболеваний (Моисеенко В.М., Воробьев А.В., Воробьев Н.А., 2009). Основными наиболее изученными факторами риска развития РПЖ являются возраст, расовая принадлежность, а также наличие так называемого «семейного» РПЖ. Кроме того, рядом исследований продемонстрировано влияние на частоту возникновения РПЖ и других факторов, таких как гормональный статус больного, диета, половое поведение, факторы внешней среды и генетические особенности (Шабад Л.М., 1962, Портной А.С., 1989). Клинически значимый РПЖ чаще поражает мужчин в возрасте от 45 до 65 лет, и именно у них он протекает более злокачественно. Существуют различные методы лечения РПЖ. Применение простатэктомии указывает на определенный набор «положительных» клинических показателей, а

также хороший прогноз выживаемости пациента. Побочным эффектом операции является эректильная дисфункция, возможны другие нарушения мочеполовой сферы (Носов А.К., Воробьев А.В., 2009). Психологическое благополучие у мужчин с раком простаты рассматривали зарубежные исследователи (R. Taoka, Y. Matsunaga, W. Kubo, C. Suzuki, K. Yamamoto, 2013; M. Carter, E. Britton, M. Mitchell, P. Carroll, C. Coley, D. McLeod, T. Denham, V. Lambert, 2014). В России А.В. Фаенсон (2011) провел исследование качества жизни мужчин с диагнозом РПЖ, где наряду с изучением клинических характеристик и интенсивности болевого синдрома рассматривал особенности психологического статуса мужчин, настаивающих на восстановлении эректильной функции после хирургического лечения. В ЗЦВКГ им. А.А. Вишневого проведено исследование, посвященное психологической реабилитации больных после радикальной простатэктомии (Ситников Н.В., Иванов А.О., и др., 2007). Изучение литературы по данной проблеме показало, что исследования отношения к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы не представлены.

Вторая глава «Методы и материалы исследования» представляет использованные методы и материалы исследования. Она состоит из 2-х разделов.

В разделе **2.1 «Методы исследования»** представлено описание клинко-психологического и экспериментально-психологического методов. Клиническая беседа, направленная на изучение отношения к болезни и социально-психологической ситуации в связи с заболеванием, специально разрабатывалась для мужчин с диагнозом РПЖ. В ее основу положены данные научной литературы и опыта психодиагностической и психокоррекционной работы с онкологическими больными. Структура клинической беседы включала в себя клинический, социальный и отражающий субъективное отношение к заболеванию блоки. Результаты клинической беседы дополнялись клиническими характеристиками больных, полученными из медицинской документации и беседы с лечащим врачом. Для объективации данных клинко-психологического исследования и выявления психологических особенностей больных использовался набор психодиагностических методик. *Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ»* (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2001), разработанная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, предназначена для диагностики личностного реагирования на болезнь и других значимых отношений личности, связанных с болезнью. *Клиническая тестовая методика «Я-структурный тест»*, разработанная в 1997 году Аммоном (Ammon G.) на основании концепции динамической психиатрии (1976) и адаптированная НИПНИ им. В.М. Бехтерева, предназначена для диагностики структуры личности. *Методика оценки психического здоровья «МОПЗ»* (Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Иовлев Б.В., 2001), разработанная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, предназначена для диагностики функционирования личности в условиях болезни. В данной методике уровень психического здоровья рассматривается как соотношение конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (психопатологически измененных и недоразвитых) составляющих психической активности. *Методика определения уровня субъективного контроля личности*

(УСК) (Бажин Е.Ф. с соавт., 1993), разработанная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева, направлена на изучение интегральной личностной характеристики, связанной с тем, в какой степени человек ощущает себя активным субъектом своей деятельности. Методика «Семантический дифференциал времени» (СДВ) (Вассерман Л.И. с соавт., 2009) предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в структуре личности, отражающихся в субъективном восприятии психологического времени. Метод мотивационной индукции ММИ, предложенный Жозефом Нюттеном (La mithod d'induction motivationnelle, МИМ, Лёвенский университет, Бельгия) для изучения временной перспективы будущего и адаптированный в отечественную практику Н.Н. Толстых (1997). Опросник «Шкалы самооценки», сформированный на основе методики диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн (Дембо Т., 1981) в модификации А.М. Прихожан (1985). Модифицированная методика дублирует и развивает использованную в данном исследовании клинико-биографическую беседу данного исследования.

В разделе **2.2 «Материал исследования»** представлены социально-демографические и клинические характеристики выборки. В исследовании приняли участие мужчины с диагнозом РПЖ, прошедшие радикальное лечение – простатэктомию - в третьем хирургическом отделении ФБГУ "НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова" МЗРФ и мужчины с диагнозом РПЖ ранее перенесшие простатэктомию и проходящие симптоматическое лечение в ГКУЗ «Хоспис №1», Лахта, Санкт-Петербург. Рак предстательной железы относится с гормонозависимым формам рака и проявляется у мужчин в возрасте не ранее 45 лет.

Общая численность группы составляет 107 человек в возрасте от 48 до 84 лет. В представленной выборке 43,9% мужчин работают, а 32,7% - на пенсии. Уровень образования выше среднего имеют 72,0% пациентов. В браке состоит 94,4% больных, в том числе, более 30 лет - 67,3%, у 97,2% пациентов есть дети. Максимальная длительность заболевания в исследуемой группе составляет 9,9 лет. Средняя длительность заболевания в выборке составила $6,1 \pm 0,2$ лет. Средний возраст на момент операции составил по всей выборке $61,1 \pm 0,6$ лет.

В целях адекватности применения методик и сопоставимости полученных результатов статистического анализа в исследовании больные были разделены:

1) по возрасту на три группы – до пенсионный от 48 до 63 лет (32,7%), начальный пенсионный от 64 до 72 лет (38,3%) и зрелый пенсионный от 73 до 84 лет (28,9%);

2) по течению заболевания на три группы – лечения (34,0%, средний возраст 63,6 лет), ремиссии (33,0%, средний возраст 70,6 лет), паллиативного лечения (33,0%, средний возраст 67,5 лет);

3) по показателям уровня психического здоровья на две группы «норма» (61,6%), «вне нормы» (38,4%).

Выборка гомогенна по клиническому диагнозу: у всех больных установлен диагноз рака предстательной железы, ко всем больным применялось лечение в виде радикальной простатэктомии. Одной из важнейших клинических характеристик является этап течения заболевания. Традиционно в онкологии

выделяются следующие этапы заболевания: постановка диагноза, лечение, ремиссия, рецидив, паллиативная стадия. В настоящем исследовании выделены 3 этапа течения заболевания: I этап – лечение – в который входят радикальная простатэктомия и восстановительный период (с момента принятия радикального лечения – от 0 до $18 \pm 1,8$ мес.); II этап – ремиссия (с момента принятия радикального лечения прошло – от $18 \pm 1,8$ до 118,8 мес.); III этап – паллиативное лечение (с момента принятия радикального лечения – от $12 \pm 1,8$ мес. до 118,8 мес.). Распределение исследуемых по развитию заболевания отражено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение пациентов с диагнозом РПЖ по этапам развития заболевания

Этапы заболевания	Распределение в группах, N=107					
	1 лечение		2 ремиссия		3 паллиативное лечение	
	п	%	п	%	п	%
Количество человек в группе	37	34,0	35	33,0	35	33,0

Одной из гипотез исследования является предположение, что на отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы существенное влияние оказывает уровень психического здоровья, который рассматривается как баланс конструктивных (адаптационных) и деструктивно-дефицитарных (психопатологически измененных и недоразвитых) составляющих психической активности. Деление на две группы производится по показателям благополучной и неблагополучной картины психического здоровья. При рассмотрении результатов теста оценки уровня «психического здоровья» (МОПЗ) к первой группе отнесены участники, оценка психического здоровья которых находится в нормативном интервале ($40 < M < 60$). Ко второй группе отнесены мужчины с оценками ниже или выше нормативного интервала ($60 < M < 40$), что отражает вероятность наличия выраженного психического неблагополучия. Результаты распределения оценок индексов представлены в таблице 2.

Таблица 2

Распределение больных раком предстательной железы в зависимости от показателей уровня психического здоровья

Все участники, N=86	В пределах интервала		Ниже пределов интервала	
	п	%	п	%
Распределение по группам	53	61,6	33	38,4

Статистическая обработка полученного материала проведена с использованием статистического пакета SPSS 19.0. Обработка данных в случае метрических признаков включала, для признаков, имеющих нормальное распределение, исследование различий средних в группах с применением дисперсионного анализа, критерия Стьюдента и исследования связи признаков с применением корреляционного анализа (коэффициент корреляции Пирсона) и

Хи-квадрат критерия. В случае признаков, не имеющих нормальное распределение, и ранговых признаков использовались: Н-критерий Краскела-Уоллеса, U-критерий Манна-Уитни и ранговый коэффициент корреляции Спирмена. Отличие выборочных распределений от нормального оценивалось с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Для оценки различий между частотными показателями использовался z-критерий.

Третья глава «Результаты эмпирического исследования отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ после хирургического лечения» состоит из 9-ти разделов и посвящена изучению отношения к болезни и лечению у мужчин с диагнозом РПЖ, перенесших простатэктомию, на различных этапах течения заболевания. В настоящее время врачи-онкоурологи считают, что выполнение простатэктомии при лечении РПЖ локализует процесс распространения опухоли, при этом пациент находится в удовлетворительном состоянии и имеет достаточно хороший прогноз выживаемости.

В разделе **3.1 «Результаты клинико-психологического исследования отношения к болезни»** представлены результаты клинико-психологического исследования отношения к болезни у мужчин с диагнозом РПЖ после хирургического лечения, включающие субъективную оценку своего заболевания и изменений в мочеполовой сфере, связанных с заболеванием (**3.1.1**), субъективную оценку внутрисемейных связей (**3.1.2**), субъективную оценку взаимоотношений со своими женами (**3.1.3**).

Анализ данных **субъективной оценки своего заболевания и изменений в мочеполовой сфере, связанных с заболеванием (3.1.1)** показал, что 80% опрошенных пациентов оценивают уровень выраженного беспокойства на момент постановки диагноза как высокий. На этапе принятия решения о проведении калечащей операции 71% участников исследования чувствовали себя пассивными участниками лечения, зависящими от врача. Самочувствие на момент исследования оценивают как не изменившееся с момента диагностики заболевания 43% опрошенных пациентов. Пятая часть опрошенных считает, что состояние ухудшилось. Диагноз рака предстательной железы как жизненное событие, которое может произойти с любым мужчиной, воспринимают 76,6% пациентов. Улучшения в восприятии своего заболевания с течением времени отмечают 42% участников исследования, 18% - избегают мыслей о заболевании. Можно отметить, что снижение интенсивности переживания связанного с уникальностью своего заболевания, значимо чаще ($p < 0,05$) выражено в группе ремиссии (94,3%). Наличие половой дисфункции как значимое изменение вызванное заболеванием со своими женами обсуждают 56% опрошенных. Обращает на себя внимание то, что часть пациентов хосписа (31,4%) объясняли беспокойство своих жен половой дисфункцией мужа. Заинтересованы в восстановлении половой функции 56,5% пациентов. Мужчины (38,4%), психическое здоровье которых имеет более низкую или более высокую относительно нормы оценку, более фиксированы на восстановлении половой функции как на приоритетно значимой составляющей смысла жизни. Во всей выборке активность (см. **3.8**), связанная с получением информации имеющей религиозную, экзистенциальную или трансцендентальную

природу субъективно не значима ($T=0,4\pm 0,1$). О желании получить психологическую помощь в стационаре сообщают 31,7% пациентов.

Анализ данных **субъективной оценки внутрисемейных связей (3.1.2) и субъективной оценки взаимоотношений со своими женами (3.1.3)** показал, что 90% опрошенных роль супруги в своей жизни оценивают как главную или важную. Наличие взаимопонимания в семье отмечает 86% пациентов. Об отсутствии изменений семейных взаимоотношений сообщают 62,6% пациентов. От участия в исследовании чаще всего отказывались мужчины с неблагоприятной семейной ситуацией на этапе ремиссии. Большинство пациентов (70,1%) отмечают спокойную реакцию жены на половую дисфункцию мужа. Анализ данных методики «Уровень субъективного контроля» (см. 3.6) в разных возрастных группах, в группах на различных этапах заболевания и с различными оценками уровня психического здоровья показал, что, несмотря на то, что группы различны, наивысшие показатели выявлены по шкале интернальности в сфере семейных отношений ($Ic > 5$ ст.) при сниженном уровне общей интернальности ($Io = 4$ ст.). Результаты исследования временной и качественной направленности мотивации (см. 3.8) показывают, что ведущими по всей выборке являются мотивация, направленная на свою жизнь, свои качества или те или иные аспекты своего существования ($S = 9,8 \pm 0,6$) и всё то, что связано с общением с родственниками и заботой о близких ($C = 9,3 \pm 0,5$).

В разделах **3.2-3.9** представлены эмпирические данные, полученные в результате применения психодиагностических методик. Для формирования более полного представления о компонентах отношения к болезни всем участникам исследования было предложено заполнить шкалы самооценки, опросные листы методик, используемых в исследовании. Для изучения взаимосвязи исследуемых факторов с возрастом больных, этапом заболевания и оценкой психического здоровья сопоставлялись соответствующие данные групп пациентов.

В разделе **3.2** представлены **«Результаты исследования шкал субъективной оценки болезни и значимых сфер жизни»**. Анализ данных показал, что участники «нормативной» группы значимо выше ($p < 0,05$), чем участники группы «вне нормы» оценивают собственный ум и характер, удовлетворенность своей жизнью в целом, отношение семьи к своему (пациента) здоровью, собственный вклад в быт, чувство радости и значимо реже ($p < 0,05$) отмечают переживание стресса в общественных местах.

В разделе **3.3** представлены **«Результаты исследования картины психического здоровья»**, которые показали, что у пациентов «вне нормативной» группы, отмечается достоверное снижение оценок ($p < 0,05$) по шкале «Конструктивность» ($M < 45$) по сравнению с «нормативной» группой ($M > 50$). Полученные данные свидетельствуют о выраженном снижении адаптационного потенциала личности у пациентов с «неблагополучной» картиной психического здоровья. Показатели «Дефицитарности» означают достоверное снижение ($p < 0,05$) уровня психической активности личности «вне нормативной» группы ($M > 50$) по сравнению с пациентами «нормативной» группы ($M < 50$), что отчасти компенсируется за счет нормативного адаптационного потенциала по шкале

«Конструктивность» ($M > 40$). Обращает внимание, что показатель шкалы «Дефицитарный нарциссизм» ($M > 60$) в обеих группах превышает значение показателя «Конструктивного нарциссизма» ($M < 56$), что указывает на то, что у всех пациентов отмечается нарушение способности к контролю межличностной дистанции. На поведенческом уровне это может проявляться как склонность к избеганию каких-либо конфронтаций и общая подавленность. Также обращает на себя внимание то, что показатель «Конструктивное внешнее Я-ограничение» ниже нормативного интервала в обеих группах ($M < 50$), что указывает на наличие ведущей психологической защиты «рационализация».

В разделе 3.4 представлены «**Результаты исследования типов отношения к болезни**». Анализ данных показал, что во всей выборке в отношении к заболеванию на первый план выступает бессознательное стремление больных отбросить факт заболевания ($Z=14,3$) и продолжать активную деятельность ($\Xi=14,1$), а также готовность к лечению ($\Gamma=12,2$). Распределение типов отношения к болезни по блокам во всей выборке показывает преобладание в выборке «Адаптивного» блока отношения к болезни (53,3%) (гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы). Следующий по величине – условно дезадаптивный блок, представленный «Диффузным типом 2» (28,0%). «Диффузный тип 2», включает в себя такие компоненты отношения к болезни, как апатия, тревога, меланхолия, ипохондрия, сензитивность, эгоцентризм, неврастеничность, паранойя и дисфория. В группе с «нормативной» оценкой психического здоровья выбор чаще распределяется по условно адаптивному (66%) и не распределяется по смешанным типам; в группе с оценкой психического здоровья «вне нормы» выбор чаще распределяется по диффузному типу 2 (39,4%). Профили отношения к болезни в группах с различными индексами психического здоровья представлены на рисунке 1.



Рисунок 1. Профили отношения к болезни в группах с различными индексами психического здоровья у больных РПЖ

Из рисунка 1 видно, что в обеих группах больные имеют отношение к болезни без выраженных признаков нарушения психической адаптации. Типы отношения эргопатический, анозогнозический и гармоничный являются ведущими. Уплощенность профиля группы «вне нормы» свидетельствует об астенизации пациентов, истощении психических ресурсов. В обеих группах пациенты стремятся избегать мыслей о ситуации заболевания и склонны «уходить в работу».

Существует слабая корреляционная связь ($p < 0,05$) между условно дезадаптивными типами отношения к болезни и индексами адаптации и реализации психического потенциала (см. 3.9).

В разделе 3.5 представлены «**Результаты исследования особенностей личности**». Интегральная оценка данных методики Аммона «Я-структурный тест» показала снижение самооценки и общей сексуальной активности ($M < 43$) во всех группах сравнения (по возрасту, этапам заболевания и индексу психического здоровья). Результаты распределения оценок уровня «психического здоровья» представлены в таблице 5.

Таблица 5

Распределение результатов «Я-структурного теста» Аммона у больных РПЖ в группах оценки психического здоровья

№№	Признак	Средние, $M \pm m$, $N=85$		Уровень значимости, p	Критерий
		1	2		
		норма, $n=53$	вне нормы, $n=32$		
1	Агрессия конструктивная	53,0±1,4	38,3±1,6	0,00	ДА*
2	Агрессия деструктивная	42,2±1,1	45,9±1,5	0,05	ДА
3	Агрессия дефицитарная	44,4±1,2	52,6±1,6	0,00	ДА
4	Тревога конструктивная	50,9±1,3	41,9±1,9	0,00	ДА
5	Тревога деструктивная	43,5±0,9	51,8±1,8	0,00	К-У, М-У*
6	Внешнее Я-ограничение конструктивное	51,2±1,5	40,9±1,7	0,00	ДА
7	Внешнее Я-ограничение деструктивное	49,9±1,7	56,9±1,9	0,01	ДА
8	Внешнее Я-ограничение дефицитарное	24,8±1,2	36,3±1,7	0,00	К-У, М-У
9	Внутреннее Я-ограничение конструктивное	49,1±0,8	40,5±1,9	0,00	ДА
10	Внутреннее Я-ограничение деструктивное	50,8±1,5	60,8±1,9	0,00	ДА
11	Внутреннее Я-ограничение дефицитарное	38,8±1,2	43,1±1,6	0,03	ДА
12	Нарциссизм конструктивный	56,6±0,9	43,4±1,6	0,00	ДА
13	Нарциссизм деструктивный	47,0±1,1	55,1±1,5	0,00	ДА
14	Нарциссизм дефицитарный	60,4±1,8	67,4±2,1	0,02	ДА
15	Сексуальность конструктивная	43,6±1,6	36,9±1,8	0,01	ДА

* ДА – дисперсный анализ, К-У – критерий Краскела-Уоллеса, М-У – критерий Манна-Уитни

Из таблицы 5 видно, что особенностью группы с неблагоприятной картиной психического здоровья является снижение ($M < 45$) конструктивно-адаптационных ресурсов пациентов.

Представленные в разделе 3.6 «**Результаты исследования уровня субъективного контроля личности**» показали умеренные уровни интернальности в области достижений ($I_d > 4$ ст.) и преодоления неудач ($I_n > 4$ ст.), которые говорят о том, что больные признают свой опыт в области достижений и преодоления неудач, но в травмирующей ситуации подтверждения диагноза, активного лечения, ухудшения состояния этот опыт может быть недостаточен, либо его трудно задействовать. Выявленное снижение уровня интернальности в области здоровья ($I_z < 5$ ст.) свидетельствует о том, что, несмотря на желание выздороветь, больные во всех сравниваемых группах (по возрасту, этапам заболевания и индексу психического здоровья) предпочитают, чтобы ответственность, связанную с лечением и выздоровлением, исходила от врача. Распределение показателей интернальности больных РПЖ на различных этапах заболевания по результатам дисперсионного анализа представлено в таблице 6.

Таблица 6

Распределение показателей интернальности больных РПЖ на различных этапах заболевания по результатам дисперсионного анализа

№№	Шкалы интернальности	Показатели интернальности					
		1		2		3	
		лечения, n=37		ремиссии, n=35		паллиативная, n=35	
		M±m	Стены	M±m	Стены	M±m	Стены
1	Общая интернальность (Ио)	16,5±2,7	4,1±0,2	15,9±1,5	4,1±0,2	17,4±2,5	4,2±0,2
2	Интернальность в сфере достижений (Ид)	3,1±0,9	4,8±0,2	3,4±0,5	4,9±0,1	3,3±0,8	4,9±0,2
3	Интернальность в сфере неудач (Ин)	5,9±0,8	4,9±0,2	4,4±0,6	4,6±0,2	5,6±0,8	4,9±0,2
4	Интернальность в семейной сфере (Ис)	4,0±0,7	5,6±0,2	4,0±0,6	5,7±0,1	4,9±0,8	5,9±0,2
5	Интернальность в сфере производства (Ип)	0,7±0,7	2,8±0,2	1,1±0,5	2,9±0,1	1,5±0,6	3,1±0,2
6	Интернальность в межличностной сфере (Им)	1,1±0,4	5,1±0,2	0,2±0,3	4,9±0,2	0,7±0,4	5,1±0,2
7	Интернальность в сфере здоровья (Из)	2,0±0,3	4,4±0,2	2,2±0,3	4,5±0,2	2,1±0,3	4,5±0,2

Обращает на себя внимание, что при анализе данных в разных возрастных группах, в группах на различных этапах заболевания и с различными оценками уровня психического здоровья выборка гомогенна и наивысшие показатели выявлены по интернальности в семейной сфере.

Результаты исследования восприятия психологического времени в разделе 3.7. представлены на рисунке 2 и указывают на то, что восприятие настоящего ($4,1 \pm 0,7$), прошлого ($5,6 \pm 0,8$) и будущего времени ($5,3 \pm 0,6$) почти совпадают у группы лечения и группы ремиссии с небольшим усилением надежды на будущее ($5,5 \pm 0,4$) у группы лечения и значимости прошлого ($5,8 \pm 0,5$) у группы ремиссии. Восприятие времени у пациентов группы паллиативного лечения отличается от

двух других групп: прошлое имеет выраженную значимость ($7,2\pm 0,4$), будущее оценивается отрицательно ($-3,8\pm 0,7$) и восприятие настоящего имеет оценки, близкие к нулевым показателям ($-0,6\pm 0,3$), что свидетельствует о негативном восприятии своего настоящего времени.



Рисунок 2. Общий профиль восприятия времени больными РПЖ на разных этапах заболевания

В разделе **3.8** представлены **результаты исследования временной и качественной направленности мотивации у мужчин с диагнозом РПЖ после хирургического лечения**, где ведущими по всей выборке являются два показателя кодов анализа содержания мотивации – мотивация, направленная на свою жизнь, свои качества или те или иные аспекты своего существования ($S=9,8\pm 0,6$) и всё то, что связано с заботой о близких ($C=9,3\pm 0,5$). Минимальную значимость пациенты отдают качественной стороне мотивационных объектов, связанной с самореализацией, саморазвитием ($SR=2,4\pm 0,3$) и активным проведением досуга (активность противоположная работе ($L=2,1\pm 0,3$)). Во всей выборке активность, связанная с получением информации, познанием ($E=0,4\pm 0,1$), целью, имеющей религиозную, экзистенциальную или трансцендентальную природу ($T=0,4\pm 0,1$), а также мотивация, связанная с приобретением и обладанием материальными ценностями ($P=0,4\pm 0,1$) субъективно не значимы. Мотивационные объекты, которые являются ведущими во всей выборке, относятся ко всему периоду предстоящей жизни ($L=10,1\pm 0,6$), периоду старости ($A2/AO/O=9,6\pm 0,6$) и в редких случаях к периоду в течение года ($Y=3,5\pm 0,3$). Во всей выборке временные характеристики прошлого ($P=0,3\pm 0,1$) и настоящего субъективно не значимы ($T, D, W < 0,4\pm 0,1$). На рисунке 3 представлена диаграмма средних значений показателей расположения мотивационных объектов в психологическом прошлом, в психологическом настоящем и психологическом будущем больных с диагнозом рака предстательной железы.



Рисунок 3. Средние значения показателей расположения мотивационных объектов в психологическом прошлом, в психологическом настоящем и психологическом будущем больных с диагнозом РПЖ

В разделе **3.9.** описываются **«Взаимосвязи между факторами, влияющими на формирование отношения к болезни».** Существует слабая корреляционная связь между условно дезадаптивными типами отношения к болезни ($p < 0,03$, $r = 0,28$) и индексами адаптации и реализации психического потенциала ($p < 0,05$, $r = 0,009$). В целом, можно сказать, что условно дезадаптивные типы отношения (анозогнозический, тревожный, неврастенический, апатический, сенситивный, эгоцентрический, дисфорический) отрицательно связаны с «благополучной» и положительно – с «неблагополучной» картиной психического здоровья. Выявлена взаимосвязь между компонентами Я-структуры личности и мотивационной индукцией: слабые значимые связи ($p < 0,05$) у пациентов в группах на разных этапах заболевания и средние значимые связи ($p < 0,03$) у пациентов в различных возрастных группах (48-63, 64-72, 73-85 лет). Можно сказать, что усиление этой взаимосвязи в большей степени связано с возрастом и в меньшей зависит от этапа течения заболевания. При рассмотрении корреляционных связей выявлены слабые положительные значимые связи у всей выборки пациентов между уровнем субъективного контроля (УСК) ($p < 0,03$, $r = 0,25$) и восприятием времени (СДВ) ($p < 0,05$, $r = 0,021$): интернальность в области семейных отношений и здоровья и восприятие структуры настоящего времени.

Сравнительный анализ данных в группах на разных этапах течения заболевания позволяет сделать обобщенный вывод, что группа лечения, пациенты которой находятся в остром периоде заболевания и под активным наблюдением врача и близких, значимо более компенсирована ($p < 0,05$) в переживаниях, связанных с заболеванием. У группы паллиативного лечения, пациенты которой астенизированы и подвержены раковой интоксикации, наблюдается значимое снижение интенсивности переживаний ($p < 0,05$) как результата общего снижения

психической активности. Для пациентов *группы ремиссии* характерно значимо более выраженное ($p < 0,05$) скрытое психо-эмоциональное напряжение в связи с заболеванием. Анализ результатов шкал самооценки у больных раком предстательной железы после радикального лечения в *группе ремиссии* указывает на снижение самооценки характера ($M = 2,2 \pm 0,3$) при низком оценивании частоты проявления агрессии ($M = 2,4 \pm 0,2$). Сопоставление особенностей личности в группах на различных этапах заболевания показало, что в *группе ремиссии* ($53,45 \pm 1,68$) признак «деструктивный нарциссизм» значимо более выражен ($p < 0,05$), чем в группе паллиативного лечения ($44,4 \pm 2,1$). В связи с тем, что деструктивный нарциссизм выражается в переживаниях злости и обиды на окружающих, можно сказать, что пациенты в *группе ремиссии* в большей степени (в пределах нормативного интервала) ощущают собственную ценность, но считают, что окружающие их недооценивают. Результаты сравнительного анализа типов отношения к болезни показывают, что тревогу и беспокойство в связи с половой дисфункцией значимо чаще ($p < 0,05$) испытывают мужчины в *группе ремиссии* (80%). На рисунке 4 представлен усредненный профиль отношения к болезни у больных РПЖ на разных этапах заболевания.

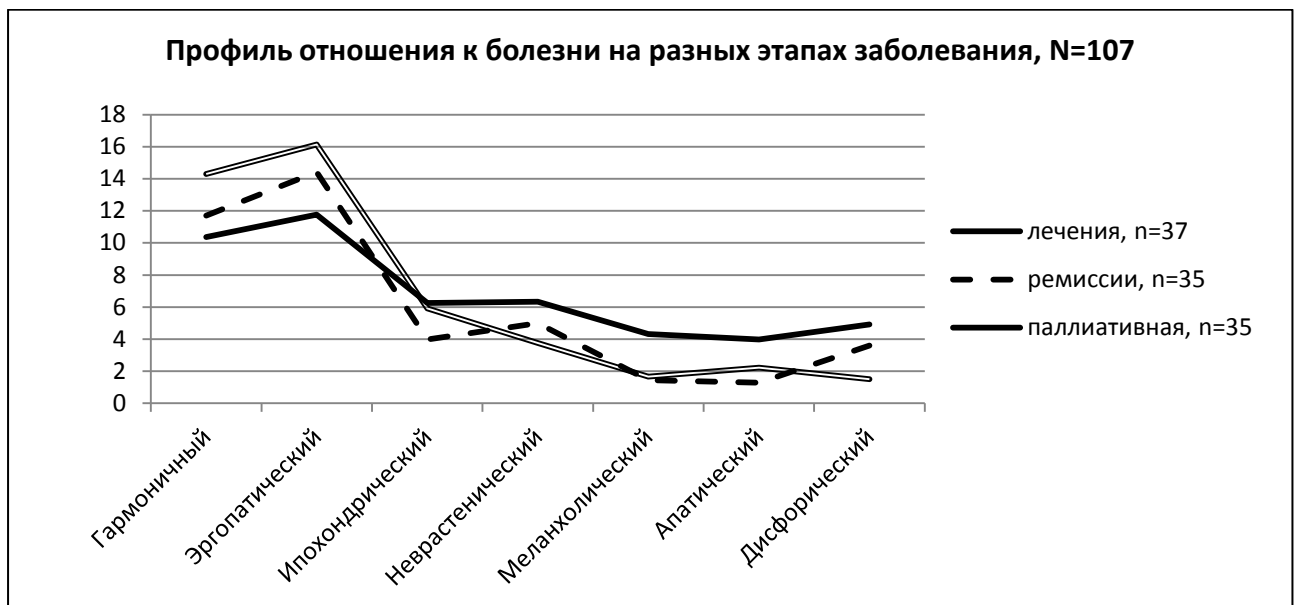


Рисунок 4. Усредненный профиль отношения к болезни у больных РПЖ на разных этапах заболевания

Из рисунка 4 видно, что на всех этапах заболевания условно адаптивные типы отношения являются ведущими. Однако, профиль *группы ремиссии* ($H_p = 5,0 \pm 0,7$) демонстрирует выраженный пик показателя неврастенического типа по сравнению с группой лечения ($H = 3,7 \pm 0,8$). Уплотнение профиля *группы паллиативного лечения* свидетельствует об астенизации и истощении психических ресурсов пациентов. Все вышесказанное указывает на то, что пациенты *группы ремиссии* нуждаются в наблюдении и психологическом сопровождении, несмотря на период ремиссии.

Сравнительный анализ данных в группах с различным возрастом показал, что 90% участников группы 73-84 лет относятся к заболеванию, как к событию, которому потенциально подвержен любой мужчина, тогда как мужчины в возрасте от 64 до 72 лет таким образом относятся к диагнозу значительно реже ($p < 0,05$). Физические изменения как результат заболевания значительно чаще ($p < 0,05$) отмечают мужчины в возрасте после 73 лет по сравнению с мужчинами в возрасте 48-63 лет. Значительно чаще ($p < 0,05$), чем мужчины в возрасте от 48 до 63 лет, мужчины старше 73 лет переживают страх и отчаяние в связи с изменениями, вызванными болезнью, вместе с тем в старшей возрастной группе (старше 73х лет) принятие своего заболевания встречается значительно чаще ($p < 0,05$), чем у мужчин в возрасте от 64 до 72 лет. Доверяют методам восстановления половой функции мужчины в возрасте от 64 до 72 лет значительно чаще ($p < 0,05$) мужчин в возрасте от 48 до 63 лет. Хотели бы воспользоваться методами восстановления половой функции мужчины в возрасте 48-63 лет значительно чаще ($p < 0,05$), чем мужчины в возрасте от 72 до 84 лет. На рисунке 5 представлен профиль достоверных различий восприятия времени больными РПЖ в различных возрастных группах.

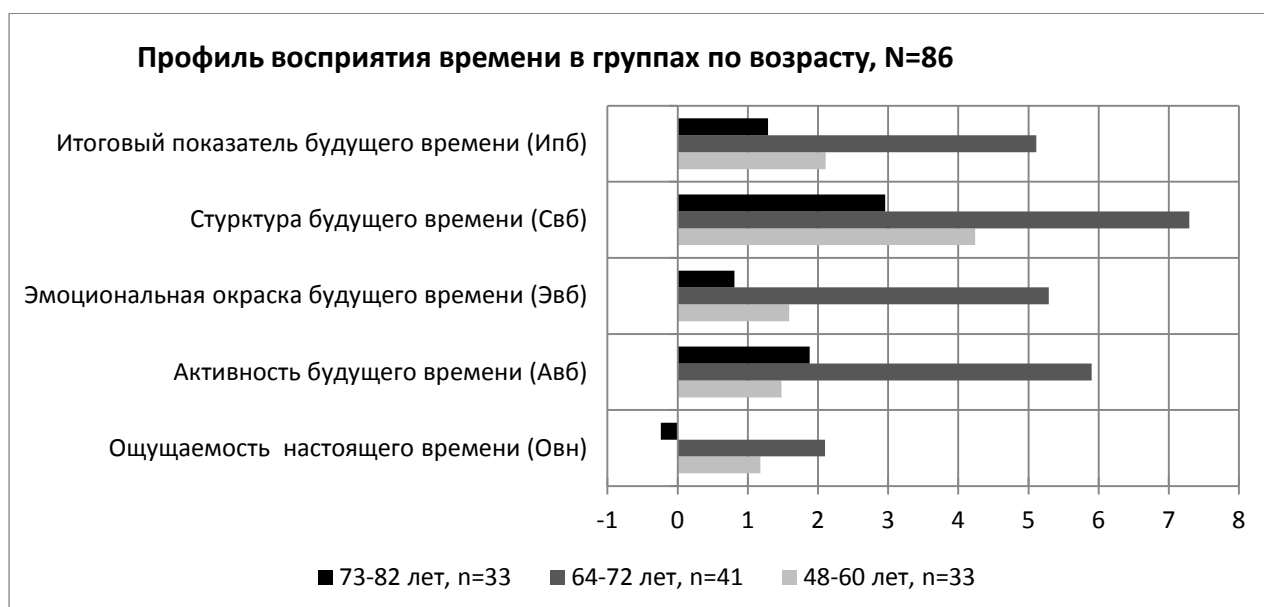


Рисунок 5. Профиль достоверных различий восприятия времени больными РПЖ в различных возрастных группах

Как видно из рисунка 5, мужчины в возрасте от 64 до 72 лет имеют значительно более ($p < 0,05$) оптимистичные взгляды на будущее относительно остальных мужчин в выборке. Мужчины в возрасте от 48 до 63 лет представляют свое будущее структурированным, но мало радостным и трудным, со сниженной активностью. Отрицательный показатель «ощущаемости» будущего времени в группе мужчин от 73 до 82 лет свидетельствует о том, что пациенты с трудом представляют себя в будущем.

В четвертой главе «Обсуждение результатов исследования отношения к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения» представлено обсуждение результатов исследования в

контексте современных мировых научных исследований в области онкопсихологии. В частности, эти данные подтверждают и расширяют гипотезу о травмирующем характере онкологического заболевания (Гнездилов А.В., 2002; Чулкова В.А., 2010; Holland J.C., 2011; Breitbart W.S., 2015), согласно которой информация о витальной угрозе может наносить психическую травму пациенту. Психологическое сопровождение больного снижает его психо-эмоциональное напряжение на всех этапах заболевания и служит основой для переработки негативных переживаний. Также в главе представлены практические рекомендации, основывающиеся как на результатах эмпирических данных, так и на основании практического опыта диссертанта.

В разделе 4.1 «Обсуждение результатов эмпирического исследования» представлено сопоставление данных, полученных в ходе клиничко-психологической беседы и используемых в исследовании методик. Сравнение результатов исследования с исследованиями восприятия болезни больными других локализаций показали, что мужчины с диагнозом РПЖ в большей степени осознают свое заболевание и его особенности по сравнению с пациентами с диагнозом «лимфома» (Пестерева Е.В., 2011) и в большей степени склонны вытеснять свои переживания в связи с изменениями, вызванными болезнью по сравнению с больными раком молочной железы (Чулкова В.А., 1990).

В разделе 4.2 представлена **«Интегральная характеристика отношения к болезни»**. **Когнитивный компонент** отношения к болезни, среди прочего, включает знания о болезни, усвоенные представления и установки относительно диагноза. В данном исследовании когнитивный компонент отношения к болезни представлен клиничко-психологической беседой, тестом «Шкалы субъективной оценки болезни и значимых сфер жизни» (авторская модификация методики Дембо-Рубинштейн) и тестом «Субъективный дифференциал времени». Анализ данных показал, что на когнитивном уровне мужчины с диагнозом РПЖ после хирургического лечения имеют достаточно полное и реалистичное представление о заболевании, методах его лечения и возможных осложнениях в связи с простатэктомией, и стараются приспособиться к изменениям, связанным с заболеванием. **Эмоциональный компонент** отношения к болезни представляет те изменения в эмоциональной сфере личности больного, которые происходят с возникновением болезни и в процессе ее течения. Интенсивность и качество эмоциональных переживаний, обусловленных болезнью, зависит от степени значимости отношений, которые затрагивает болезнь (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). В данном исследовании эмоциональный компонент отношения к болезни представлен в результатах клиничко-психологической беседы, а также в результатах тестов «Шкалы субъективной оценки болезни и значимых сфер жизни» и «Субъективный дифференциал времени». Анализ данных показал, что мужчины в выборке ретроспективно признают свои сильные переживания в связи с диагнозом, но бессознательно вытесняют актуальные переживания, рационализируют их. Результаты тестов отражают состояние подавленности, тогда как результаты субъективной оценки эмоциональной сферы отражают умеренное благополучие. Следует подчеркнуть, что показатели эмоционального состояния больных в

большей степени зависят от их уровня психического здоровья. Этап течения заболевания не носит решающего характера для интенсивности переживаний, что подтверждается выявленным скрытым напряжением у пациентов в группе ремиссии. Достоверное снижение психо-эмоционального тонуса в группе на этапе паллиативного лечения относительно групп лечения и ремиссии ($p < 0,05$) обусловлено выраженным ухудшением ситуации заболевания, а не содержанием переживаний в связи болезнью. В свою очередь, мужчины с неблагоприятной картиной психического здоровья в активной восстановительной фазе лечения, а также в ремиссии имеют сниженные показатели психо-эмоционального состояния в связи с болезненным отношением к ситуации заболевания. **Мотивационно-поведенческий компонент** отношения к болезни отражает изменения, связанные с болезнью и с процессом ее течения. В данном исследовании мотивационный компонент отношения к болезни представлен в результатах клинико-психологической беседы, в результатах тестов «Шкалы субъективной оценки болезни и значимых сфер жизни», «Уровень субъективного контроля», «Субъективный дифференциал времени» и «Метод мотивационной индукции». Анализ данных показал, что мотивация к выздоровлению выступает на первый план для мужчин в группе лечения. Для мужчин в группе паллиативного лечения на первый план выступает облегчение ухудшающегося состояния. В группе ремиссии наиболее актуальной становится возвращение к привычному виду трудовой занятости. На всех этапах заболевания важным мотивом является участие в делах семьи. Для мужчин более молодого возраста на этапах лечения и ремиссии значимым мотивом является восстановление эректильной функции. Следует отметить, что стремление «уйти в работу» является ведущей психологической защитой для всех участников исследования. Снижение мотивации, направленной в будущее, характерно для мужчин в группе паллиативного лечения и мужчин старческого возраста. Выполненное исследование подтверждает гипотезу, что именно отношение к болезни может влиять на восприятие жизни пациентом благоприятным или неблагоприятным образом (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999).

В разделе 4.3. «Направления психологической помощи мужчинам с диагнозом рака предстательной железы на разных этапах течения заболевания» представлена программа психологической коррекции пациентов с диагнозом РПЖ и их родственников с учетом степени тяжести заболевания, отношения пациентов к болезни и их семейной ситуации. Данное исследование подтверждает гипотезу о том, что медицинский психолог играет существенную роль в комплексном лечении онкологического пациента. Целью работы медицинского психолога является создание условий для снижения психо-эмоционального напряжения, который развивается у многих пациентов (Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликов Е.П., Володина Л.Н., 2007) и восстановления психофизиологического и психического равновесия и для решения пациентом новых личностных и экзистенциальных проблем (Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М., 2010).

В заключении подводятся итоги исследования. Полученные результаты подтверждают выдвинутые гипотезы.

ВЫВОДЫ

1. У большинства мужчин (70%) наблюдаются глубокие аффективные переживания в связи с болезнью и последующим хирургическим лечением. Мужчины, состоящие в браке, достоверно реже, чем одинокие, демонстрируют интенсивные негативные переживания в связи с болезнью, такие как отчаяние и безнадежность. 81% пациентов субъективно оценивают супружеские отношения как доверительные, добросердечные и поддерживающие.
2. В отношении к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы на первый план выступают специфические переживания, связанные с нарушением мочеполовых функций, тогда как неспецифические переживания, связанные с витальной угрозой, пациентами открыто не предъявляются.
3. Отношение к болезни у больных РПЖ, вне зависимости от возраста и этапа течения заболевания, характеризуется доминированием (53%) так называемого «адаптивного» блока типов реагирования на болезнь. Для 47% выборки характерно реагирование на болезнь по типам, входящим в условно дезадаптивные блоки интерпсихической направленности, включающим в себя тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический и апатический компоненты реагирования, а также блоки интрапсихической направленности, включающие в себя сензитивный, эгоцентрический, паранойяльный и дисфорический компоненты.
4. У пациентов с нормативным уровнем психического здоровья (62%) имеются достоверно более высокие самооценочные показатели по параметрам: ум, характер, удовлетворенность жизнью, семейными отношениями по сравнению с пациентами со сниженными показателями психического здоровья. Реакции на болезнь у пациентов с нормативным уровнем психического здоровья находятся в диапазоне условно адаптивного типа, для них менее значимыми являются изменения мочеполовой функции. Мужчины с показателями психического здоровья, выходящими за пределы нормативных (38%), отличаются повышенной фиксированностью на восстановлении половой функции как на приоритетно значимом смысле жизни. У таких мужчин наблюдаются социально дезадаптивные реакции на болезнь с интерпсихической и интрапсихической направленностью.
5. Для мужчин всей выборки характерно превышение показателя шкалы «Дефицитарный нарциссизм» над показателем шкалы «Конструктивный нарциссизм», что говорит о нарушении способности к контролю межличностной дистанции и недостаточной согласованности эмоционального опыта, а также указывает на сниженную самооценку. На поведенческом уровне у пациентов может проявляться склонность к избеганию каких-либо конфронтаций и общая подавленность. Также показатель «Внешнее Я-ограничение» ниже нормативного интервала в обеих группах, что указывает на наличие ведущей психологической защиты

«рационализация», то есть склонности игнорировать свои переживания в пользу разумных объяснений происходящего. Эти результаты согласуются с результатами изучения локуса субъективного контроля, где выявлена склонность к передаче ответственности за жизненно важные решения значимым другим, и результатами изучения восприятия и направленности временной перспективы, показатели которых указывают на потерянность и снижение вовлеченности в происходящее.

6. В зависимости от этапа течения заболевания переживания пациентов отличаются как содержанием, так и интенсивностью, однако не носят характер прямой зависимости от течения болезни. У больных, находящихся на этапе лечения, переживания связаны с неопределенностью результатов лечения, что проявляется в выраженном эмоциональном напряжении. У больных, находящихся на этапе ремиссии, наблюдается снижение самооценки и переживание чувства обиды, эмоциональное напряжение носит латентный характер. У больных на этапе паллиативного лечения переживания связаны с необратимостью болезни, при этом отмечается снижение эмоционального напряжения.
7. Пациенты в возрасте от 48 до 63 лет наиболее уязвимы к неспецифическим переживаниям, связанными с изменениями, вызванными болезнью (витальная угроза и нарушения мочеполовой сферы). Группа от 64 до 72 лет более компенсирована относительно специфических и неспецифических переживаний, характерных для выборки. В возрасте от 73 до 84 лет в большей степени актуализируются экзистенциальные переживания, такие как чувство одиночества, сожаления о несбывшемся и осознание завершения жизни.
8. Условно дезадаптивные типы реагирования отрицательно связаны с «благополучной» и положительно – с «неблагополучной» картиной психического здоровья. У мужчин старшего возраста (73-85 лет) отмечаются сильные положительные значимые связи ($r=0,7$; $p<0,05$) между конструктивной сексуальностью и восприятием пациентами себя. Средние отрицательные значимые связи ($r=0,6$; $p<0,05$) выявлены между конструктивной сексуальностью и экзистенциальными потребностями. Выявлены слабые положительные значимые связи ($r=0,35$; $p<0,05$) у всей выборки пациентов между интернальностью в области семейных отношений и здоровья и восприятия структуры настоящего времени.
9. Результаты исследования позволяют сформировать программу психологической коррекции, направленную на снижение негативных переживаний и гармонизацию семейных отношений пациентов. Психокоррекционный комплекс включает в себя направления, учитывающие выявленные в ходе исследования особенности целевой группы. На базе указанных направлений составляется программа индивидуальной психокоррекции для пациента с диагнозом РПЖ после хирургического лечения.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Психологические исследования в онкологии. Журнал «Вестник» Южно-Уральского университета, серия Психология, 2015, Том 8 (№3) – 119 с. ISSN: 2411-1104, С.28-35.

2. Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения. Журнал «Вопросы онкологии», 2015, Том 61 (№5), АНМО «Вопросы онкологии». — 61 с. ISBN: 0507-3758, С.847-852.

3. Структура личности и уровень психического здоровья у мужчин с диагнозом рака предстательной железы после хирургического лечения, «Врач», 2015, (№11), С.49-52.

4. Проблема социально-психологической адаптации мужчин с диагнозом «рак простаты», Ананьевские чтения – 2011. Социальная психология и жизнь: Материалы научной конференции, 18–20 октября 2011 г., С.-Петербург / Отв. ред. А.Л. Свенцицкий. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2011.– 440 с. ISBN, С. 121-122.

5. Особенности консультирования онкологических больных на разных этапах заболевания, Ананьевские чтения — 2013. Психология в здравоохранении: Материалы научной конференции, 22–24 октября 2013 г. / Отв. ред. О.Ю. Щелкова. — СПб.: Скифия-принт. — 598 с., ISBN: 978-5-98620-103-0, С.149-150.

6. Клинический психолог в онкологии: исследования и практическая деятельность, Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых "Клиническая психология. Наука и практика: пути интеграции", сборник, Ч. 2 / Под. Науч. Ред. А.Н. Алехина, Е.Д. Глуховой, Е.А. Трифионовой. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2013. – 271с., С.118-125.

7. Психологическая помощь в паллиативной медицине. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психодиагностика и психологическая помощь: учеб. Пособие / Коллект. авторов; под. ред. Н.С Хрусталевой. – СПб.: Изд-во С.-Петерб. Ун-та, 2013. – 142 с. ISBN: 978-5-288-05451-8, С.125-133.

8. Особенности работы с умирающими онкологическими пациентами и их близкими. Соавт. Сборник тезисов VI Всероссийского съезда онкопсихологов, Москва, 2014. - 96 с. Подготовлен АНО «Проект СО-действие», С.53-55.

9. Онкопсихолог в стационаре и в Центре реабилитации. Ананьевские чтения — 2014. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности: Материалы научной конференции, 21–23 октября 2014 г. / Отв. ред. Г.С. Никифоров. — СПб.: Скифия-принт. — 420 с., ISBN: 978-5-98620-127-6, С.110-111.