

Секция «Психология»

Субъективные представления о заболевании при раке предстательной железы

Богданова Любовь Сергеевна

Соискатель

ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России, Факультет

клинической психологии, Москва, Россия

E-mail: lubovbogdanova@yandex.ru

Введение. Рак предстательной железы (РПЖ) – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний у мужчин. Целостный подход к лечению соматических заболеваний предлагает учитывать субъективные представления пациента о болезни. Согласно модели здравого смысла саморегуляции Н. Leventhal процесс формирования когнитивных и эмоциональных представлений личности о собственном заболевании происходит параллельно и влияет на адаптацию к ситуации болезни [2].

Цель: исследовать субъективные представления о заболевании в выборке больных раком предстательной железы.

Характеристика выборки: В исследование включен 91 больной РПЖ. На момент обследования пациенты находились на стационарном лечении в ФГБУ МРНЦ г. Обнинска и урологическом отделении ГКБ №50 г. Москвы. Были обследованы мужчины в возрасте от 50 до 73 лет (средний возраст составил $61,9 \pm 6,5$ год). В выборку включены больные первичным РПЖ с I, II, III стадиями заболевания. На стадиях I-II лечение было преимущественно хирургическим (лапароскопическая робот-ассистированная радикальная простатэктомия – РПЭ. На III стадии проводилась преимущественно дистантная (внешняя) лучевая терапия - ЛТ. Обозначенные методы относятся к высокотехнологичным, малоинвазивным методам. Все больные были информированы о своем заболевании и получаемом лечении. Для обследованных больных с момента постановки диагноза прошло в среднем $5,76 \pm 2,88$ месяцев.

Методики исследования: 1. Переработанный опросник «Восприятие болезни» [3]; 2. «Интегративный тест тревожности» (ИТТ) [1].

Описание результатов. В процессе статистической обработки данных вся выборка больных РПЖ была последовательно разделена на 2 пары групп по объективным медицинским критериям стадии заболевания и вида получаемого лечения. Первая пара: больные РПЖ с I-II («начальными») стадиями заболевания (N=57) и больные РПЖ с III стадией (N=34). Вторая пара: больные РПЖ, перенесшие РПЭ (N=35), и больные РПЖ, получающие ЛТ (N=56).

Используемый переработанный опросник «Восприятие болезни» позволяет проанализировать субъективную оценку пациентом своего заболевания. Пациенты с «начальными» стадиями заболевания оценивают собственную возможность влиять на заболевание при помощи определенных действий выше по сравнению с группой больных III стадией РПЖ ($21,47 \pm 4,31$ против $19,56 \pm 3,43$, $p \leq 0,05$). Больные, получающие ЛТ, воспринимают свое заболевание как более длительное, чем пациенты, перенесшие РПЭ ($20,59 \pm 5,05$ против $17,80 \pm 5,69$, $p \leq 0,05$).

Эмоциональное реагирование на заболевание рассмотрено через оценку ситуативной тревоги пациентов. Больные РПЖ, перенесшие РПЭ испытывают статистически значи-

мо более выраженную ситуативную тревогу ($6,86 \pm 1,83$ против $4,31 \pm 1,76$, $p < 0,05$), при этом отмечается статистически значимое преобладание тревоги в сфере социальной защищенности больных, получающих ЛТ ($6,11 \pm 2,74$ против $4,20 \pm 2,85$, $p < 0,05$).

Мы предположили, что вся выборка может быть разделена не только по объективным медицинским критериям, но и по субъективному критерию. Была использована процедура кластерного анализа с использованием переменных: 1) общий показатель ситуативной тревоги ИТТ; 2) суммарный показатель переработанного опросника «Восприятия болезни». В результате этого было образовано 2 группы больных РПЖ по критерию, обозначенному нами как «субъективно воспринимаемая угроза заболевания»: 1) больные РПЖ, воспринимающие угрозу заболевания как умеренную ($N=50$); 2) больные РПЖ, воспринимающие угрозу заболевания как выраженную ($N=41$).

При рассмотрении исследуемых параметров во вновь образованных группах отмечаются статистически значимые различия. Так, в группе больных РПЖ, воспринимающих выраженную угрозу заболевания статистически значимо преобладают показатели по шкалам «Течение болезни (длительность)» ($21,95 \pm 4,88$ против $17,10 \pm 4,60$, $p < 0,001$), «Течение болезни (цикличность)» ($10,10 \pm 2,69$ против $8,58 \pm 2,24$, $p < 0,05$), а также «Последствия болезни» ($20,66 \pm 4,68$ против $17,78 \pm 3,87$, $p < 0,01$). Напротив, в группе больных РПЖ, воспринимающих угрозу заболевания как умеренную преобладают значения по шкалам «Контроль болезни» ($21,46 \pm 3,80$ против $19,34 \pm 3,93$, $p < 0,05$), «Контроль лечения» ($20,74 \pm 3,35$ против $18,66 \pm 2,06$, $p < 0,001$) и «Идентификация болезни» ($19,78 \pm 3,99$ против $17,80 \pm 2,08$, $p < 0,01$).

В группе больных РПЖ, воспринимающих угрозу заболевания как выраженную отмечается преобладание значений по шкале «Эмоциональное реагирование» ($25,10 \pm 4,26$ против $21,52 \pm 6,92$; $p < 0,05$). Общий показатель *ситуативной тревоги* в первой группе больных РПЖ с субъективно более выраженной угрозой статистически значимо превосходит таковой группе с умеренной угрозой ($6,63 \pm 1,78$ против $4,84 \pm 1,4$; $p < 0,001$). В структуре ситуативной тревоги больных РПЖ с субъективно более выраженной угрозой наибольший вес имеют *тревожная оценка перспективы* ($8,1 \pm 1,16$) и *эмоциональный дискомфорт* ($7,29 \pm 1,45$). Данные компоненты сильно выражены и статистически значимо превосходят аналогичные во второй группе пациентов. Показатели по шкалам «Фобический компонент», «Социальная защищенность» также статистически значимо превосходят аналогичные в группе больных с субъективно умеренной угрозой заболевания.

В качестве **заключения** можно отметить, что представления пациентов о собственном заболевании и эмоциональные реакции на него обусловлены в большей степени не объективными медицинскими данными, а субъективными представлениями о выраженности угрозы заболевания. Когнитивная оценка имеющегося заболевания как хронического, имеющего периоды обострения и ремиссии, мало поддающегося терапии, приводящего к более тяжелым последствиям, а также недостаточность представлений о заболевании и низкая оценка своей способности влиять на ход болезни способствуют повышению степени выраженности субъективно воспринимаемой угрозы болезни и ухудшению адаптации в её условиях.

Литература

1. Бизюк А.П., Вассерман Л.И., Иовлев Б.В. Применение интегративного теста тре-

возности (ИТТ). Метод. реком. – СПб.: СПНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1997

2. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E.A. The common-sense model of self-regulation of health and illness // The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour / Ed. by L.D. Cameron, H. Leventhal. London: Routledge. 2003. P. 42–65
3. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K.J. et al. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R) // Psychology and Health, 2002. Vol. 17. P. 1–16