

ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ (НОЗОГЕНИИ) ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

PSYCHOGENIC REACTIONS (NOZOGENIC) OF YOUNG BREAST CANCER PATIENTS

**K. Kondrateva
A. Aliokhin**

Summary. Article contains these researches of semantic space of a mental trauma of women with breast cancer with use of the "Semantic Differential" method. On the basis of the received results the conclusion that a major factor of a trauma is individual semantic loading of experience of a "cancer" in the context of the system of the significant relations and social and role functioning is drawn, psychopathological reactions of patients and the ability to process a situation of mental trauma.

Keywords: mental trauma, psychosocial adaptation, semantic differential, breast cancer.

Кондратьева Кристина Орхановна

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена; Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н. Н. Петрова, Санкт-Петербург
cris.condratiewa@yandex.ru

Алексин Анатолий Николаевич

Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена, Санкт-Петербург
termez59@mail.ru

Аннотация. В статье приводятся данные исследования психогенных реакций (нозогений) пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы. На основании полученных результатов делается вывод о том, что основными факторами травматизации являются индивидуальная семантическая нагрузка переживания онкологического заболевания в контексте системы значимых отношений и социально-ролевого функционирования, психопатологические реакции пациентов и способность переработки ситуации психической травмы.

Ключевые слова: психическая травма, психическая адаптация, семантический дифференциал, рак молочной железы.

Психогенные реакции пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы могут оказывать значительное влияние на эффективность противоопухолевого лечения, без рецидивный период и выживаемость, главным образом за счет снижения приверженности лечению, преобладании рискованного поведения [1, 2].

В литературе указывается, что онкологическое заболевание влияет на «психическую деятельность как психогенный и соматогенный фактор»: лечение онкологического заболевания неизбежно сопровождается комплексом психического и физического истощения, значительно влияющим на психическое функционирование пациента и способным формировать психические нарушения соматогенной этиологии [3–5]. Постановка онкологического диагноза, традиционно стигматизированного в современном обществе, порождает ситуацию психической травматизации, что в свою очередь влия-

ет на манифестацию психогенных реакций, чаще всего по «астено-тревожно-депрессивному типу, центральное место в котором занимает реактивная ситуационно обусловленная депрессия» [6–9].

В большинстве работ «психогенные реакции» и нозогении — психогеннообусловленные реакции в ответ на жизнеугрожающее заболевание — синонимичны и взаимозаменяемы в контексте онкологического заболевания с учетом его психотравмирующей специфики, при этом наблюдается некоторый разброс подходов к пониманию феномена психогенных реакций. Ряд исследователей [10] отмечают, что онкологический диагноз для пациенток со злокачественными новообразованиями молочной железы становится «глубинной психогенией», поскольку его семантическая нагрузка может вызывать «навязчивые тревожно-депрессивные ожидания и представления о мучительной боли, неизбежности смерти, косметического дефекта, инвалидизации».

Во многих исследованиях психогенные реакции рассматриваются в рамках посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), расстройства адаптации или аффективного расстройства (преимущественно депрессивного и тревожного круга).

В рамках ПТСР выделяются такие клинические признаки, как навязчивые мысли о диагностике заболевания, оперативном лечении, химио- и лучевой терапии, избегание любых напоминаний об онкологическом заболевании, лечении. В структуре аффективных расстройств чаще всего упоминают легкие и непродолжительные (не более 2–4 мес.) реакции по депрессивному или тревожному типу [11–14].

Важной также представляется клинико-психологическая оценка психогенных реакций (нозогений) у пациентов с РМЖ на различных этапах лечения: принято выделять три этапа в течение онкологического заболевания — диагностический, стационарный (пред- и послеоперационные этапы, химио- и лучевая терапия), постгоспитальный. Отмечено, что для диагностического этапа наиболее характерными являются тревожно-депрессивные, депрессивные реакции с тенденцией к спонтанной редукации), для этапа стационарного лечения — интенсификация тревожных, тревожно-фобических реакций в предоперационный период и манифестация ипохондрических, дисморфофобических реакций на фоне общего снижения тревоги, при этом доля пациенток демонстрирует патологизацию нозогений, их качественное развитие в ипохондрическое, дистимическое или депрессивное расстройство [15–17].

Таким образом, актуальным представляется решение следующего круга проблем:

1. распространенность и неоднородность клинических проявлений психогенных реакций (нозогений) среди пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы, их клинико-психологические характеристики, механизмы формирования, включая психосоматические отношения требуют дальнейшего изучения, в том числе в контексте особенностей психической травматизации;
2. патологизация психогенных реакций и, как следствие, формирование устойчивых психических расстройств значительно влияет на качество жизни пациента (потеря социально-ролевого функционирования, изоляция) и процесс лечения (снижение приверженности лечению, рисковое поведение способны привести к снижению эффективности лечения, рецидиву заболевания);
3. семантика переживания пациентом «травматичности» онкологического заболевания, как триггера психогенных реакций требует прояснения.

Материалы и методы исследования

Исследование выполнено в отделении опухолей молочной железы Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н. Н. Петрова. В исследование вошло 50 пациенток молодого возраста (36 ± 8) с гистологически верифицированным РМЖ. Вся выборка пациентов была условно поделена на подгруппы с учетом выраженности влияния психической травмы (индекс травматичности LEQ): «Подгруппа 1» ($n=12$) — высокий индекс травматичности, «Подгруппа 2» ($n=9$) — средний индекс травматичности, «Подгруппа 3» ($n=29$) — низкий индекс травматичности.

Основные методы исследования: клинико-психологический, статистический (коэффициент U-Манна-Уитни для непараметрических выборок).

Клинико-психологические методы включали методики исследования уровня и выраженности травматизации (опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire — LEQ), Семантический дифференциал), психопатологических реакций (опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List –90-Revised, SCL-90-R)), когнитивно-личностных параметров (шкала базовых убеждений (World Assumption Scale — WAS)).

Статистический анализ проводился с использованием программ SPSS (ver. 16).

Результаты и обсуждение

Клинические особенности нозогений у пациенток с РМЖ отвечают клиническим критериям психогений, сформулированных В. Н. Мясищевым. Речь, прежде всего, идет о взаимосвязях нозогений и личности больного, клиническими проявлениями адаптивного поведения и характером психотравмирующей ситуации. Таким образом, вопросы соотношения болезни и личности в рамках конкретной нозологии необходимо изучать с учетом трех уровней: роль личности как фактора предиспозиции возникновения нозогении, значение болезни как соматогенного фактора, роль болезни как психотравмы, которая сопровождается определенным осмыслением и адаптацией личности, затем — цепью личностных изменений.

Исследование характера психотравмирующей ситуации с помощью методики LEQ показало, что большее количество травматических событий наблюдается в Подгруппе 3, при этом пациенты данной подгруппы склонны ниже оценивать влияние травматических событий на свою жизнь, чем пациенты Подгрупп 1 ($U=28,0$; $p<0,05$) и 2 ($U=21,9$; $p<0,05$), что может говорить о боль-

шей чувствительности последних к воздействию травматического события. При этом семантическая нагрузка психической травмы в Подгруппе 3 характеризуется усилением идентификации с ролью женщины, преобладают нарциссические переживания, вероятно, связанные с косметическими дефектами в процессе лечения (аллопеция, полная или частичная резекция молочной железы). Наблюдается увеличение расстояния в семантическом пространстве между понятиями «Я», «Я-мать» ($U=22,0$; $p<0,01$), «Я-жена» ($U=18,0$; $p<0,05$) в сравнении с Подгруппой 2, что может говорить о наличии эмоциональных переживаний в связи с материнством. При этом пациентки Подгруппы 3 демонстрируют значительное расстояние между значениями понятий «Я» и «Я-мать», что может говорить о зоне напряжения в отношении идентификации себя с ролью матери, можно предположить, что лишение груди, как одного из символов материнства влечет за собой склонность женщины к оценке себя, как неспособной быть матерью. Кроме того, в данной подгруппе отмечается значительное увеличение расстояния между понятиями «Я», «Я-жена» ($U=50,0$; $p<0,05$ / $U=18,0$; $p<0,05$), «Я-женщина» ($U=44,0$; $p<0,01$ / $U=00,0$; $p<0,05$), в отличие от остальных подгрупп, что может говорить о наличии эмоциональных переживаний в отношении самоидентификации и выстраивании межличностных отношений.

Пациентам Подгруппы 2 свойственен более высокий индекс травматичности по блоку «Материнство» в сравнении с Подгруппой 1 ($U=0,10$; $p<0,01$) и Подгруппой 3 ($U=10,0$; $p<0,05$). В данной подгруппе пациенткам значительно чаще доводилось делать аборт, решать проблемы, связанные с детьми. Так 7 пациенток из Подгруппы 2 сообщили о хронических заболеваниях и тяжелых травмах (в том числе врожденных) у своих детей. Такое положение дел может повлечь за собой склонность к самообвинениям и упрекам в связи с событиями в жизни детей и оценку себя как «плохой матери, которая не справляется со своими обязанностями», что подтверждается результатами исследования по методике «Семантический дифференциал». Получено, что для данной подгруппы пациентов характерно усиление идентификации с ролью матери, о чем говорит семантическое расстояние между понятиями «Я»-«Я-мать». Кроме того, близость значений понятий «Я», «Я-мать», «Я-жена» и отдаленность понятия «Я-женщина» от этой группы, может говорить о значимости социально-ролевого функционирования при одновременном обесценивании нарциссических переживаний собственной женственности.

Анализ расстояний в семантическом пространстве для пациентов Подгруппы 1, показавшей более высокий индекс травматичности по шкале LEQ свидетельствует о том, что зоной напряжения являются отношения

между понятиями «Я»-«Я-мать», «Онкологическое заболевание»-«Смерть», что может говорить об усилении идентификации с ролью матери и угрожающим этим отношениям заболеванием. Кроме того, близость значений понятий «Я», «Я-мать», «Я-жена» и отдаленность понятия «Я-женщина», может говорить о значимости социально-ролевого функционирования при одновременном обесценивании нарциссических переживаний собственной женственности.

Анализ временного соотношения образов «Я»-«Я в будущем», «Я»-«Я в прошлом» в семантическом пространстве демонстрирует динамику переживания представлений о себе: во всех подгруппах пациентов отмечается значительное увеличение расстояния между понятиями «Я», «Я в будущем», что может говорить о наличии эмоциональных переживаний, напряжении в отношении оценки и соотношения себя с известными ролевыми моделями в субъективном представлении о будущем. Кроме того, пациентки Подгруппы 3 демонстрируют схожую дистантность и в отношении понятий «Я»-«Я в прошлом», тогда как пациентки двух других подгрупп склонны в большей степени, соотносить понятия «Я» и «Я в прошлом», что в свою очередь может говорить о желании некоторой константности, неизменности переживаемой ситуации.

Таким образом, исходя из полученных результатов, мы можем говорить о том, что зоной напряжения в семантическом пространстве на различных этапах лечения является соотношение образа «Я» и социально-ролевых моделей пациента, их трансформация и смещение во времени. В свою очередь, понятия «Онкологическое заболевание», «Смерть», также имея динамику в семантическом пространстве в разных группах, являются эмоционально окрашенными, нагруженными переживаниями объектами, связанными в контексте этого переживания со значимыми ролевыми моделями.

Исследование психопатологических реакций показывает, что для подгруппы 1, 2 характерна выраженность числа показателей психопатологической симптоматики по шкалам «Соматизация», «Депрессивность», «Тревожность» и «Фобическая тревожность» что может говорить о склонности пациентов данных подгрупп к психосоматическим способам реагирования в ситуации психической травмы, переживанию чувства вины за происходящие события, ощущению беспомощности и бесперспективности, при этом присутствует фоновая тревога, ожидание чего-то плохого, чувство паники и ужаса. Пациенты данных подгрупп чаще демонстрируют психогенные реакции, связанные со спецификой ситуации онкологического заболевания (рецидив заболевания, мастэктомия, физическое и психическое истощение, страх смерти): раздражительность, подо-

зрительность в отношении окружающих, мнительность в отношении лечения, иррациональные навязчивые страхи. Для данных подгрупп наиболее часто встречающимися являются тревожно-фобические (39,8%), тревожно-депрессивные (39,5%), ипохондрические (17,1%), дисфорические (3,6%) психогенные реакции. Тот факт, что в исследуемых подгруппах значения этих психопатологических симптомов выше, может отражать трудности во взаимодействии с собственным Я и внешними обстоятельствами, что обуславливает появление данного симптомокомплекса. Возможно, что данная совокупность симптомов говорит о трудностях совладания с последствиями психотравматизации в ситуации онкологического заболевания, неэффективной проработке травматического материала.

Для Подгруппы 2 характерна выраженность показателя «Враждебность», что может говорить о склонности к реакциям раздражительности, агрессии и злости, ощущению угрозы со стороны окружающего мира. Высокие показатели по шкале «Межличностная сензитивность» в данной подгруппе могут говорить о переживаемых чувствах личностной неполноценности, склонности к самоосуждению, чувству беспокойства в процессе межличностного взаимодействия. Кроме того, можно говорить о переживаниях ощущения непонимания и недружелюбия со стороны окружающих, отсутствия симпатии и сочувствия, неуверенности в себе.

Для Подгруппы 3 характерен более низкий уровень выраженности симптоматики по шкалам «Тревожность», «Депрессивность», «Фобическая тревожность». Для данной подгруппы наиболее характерны тревожно-фобические (41,7%), тревожно-депрессивные (34,8%), астено-апатичные (23,5%) психогенные реакции. Все значения по остальным шкалам SCL-90-R находятся в рамках нормативных значений, что может косвенно свидетельствовать о более успешной внутренней переработке психотравмирующего опыта, связанного с онкологическим заболеванием.

Исследование когнитивно-личностных характеристик показало, что в Подгруппах 1 и 2 в ситуации травматизации трансформации подвергаются базисные убеждения о справедливости, контролируемости, удачливости и образе Я. Базисное убеждение о способности контролировать ситуацию больше всего подвержена изменению в Подгруппе 1, что может говорить о чувстве утраты контроля не только над жизненной ситуацией, связанной с личностью пациента, но и значимых Других, при этом отмечаются низкие показатели категории «Образ Я», что может свидетельствовать о том, что значимость Я не подвержена влиянию психической травмы в ситуации онкологического заболевания — травматичность представлена не направленностью к личности па-

циента, а ориентацией на возможное будущее, над которым сам пациент утрачивает контроль.

Категория «Образ Я» более всего значимой отмечается в Подгруппе 3, что может говорить о нарциссической направленности в сторону собственного Я, ощущения собственной значимости, ценности и страхе потерять себя, измениться, трансформироваться. Также в данной подгруппе менее всего страдает убежденность в контролируемости жизненных событий, поскольку вероятнее всего пациенты несут ответственность по большей части за собственную личность и необходимость контролировать значимых близких и нести ответственность за них отсутствует.

Заключение

Проведенное исследование особенностей психической травматизации пациентов с РМЖ выявило ряд факторов, взаимосвязанных с характером и интенсивностью психических реакций.

Показано, что онкологическое заболевание действительно является травмирующим, затрагивающим систему отношений личности пациента в контексте его социально-ролевого функционирования и самоотношения.

Отмечается, что чем больше травмирующих ситуаций переживали пациенты в течении жизни, тем более выраженная психопатологическая симптоматика проявлялась, определяя характер психогенных реакций на текущие события — особенно четко выделяются тревожно-депрессивные, тревожно-фобические, астено-апатичные психогенные реакции.

Отмечается взаимосвязь выраженности психогенных реакций в подгруппах пациентов с наличием значимых отношений в системе личности. Можно говорить о том, что травматизация ситуации лечения и заболевания определяется изменчивостью представления о себе, динамикой образов Я в различных ролевых позициях, где само заболевание и сопровождающие его лечебные процедуры лишь опосредовано влияют на семантическое поле переживания пациента и проявляются в форме нозогений.

В целом предварительные результаты проведенного исследования поддерживают предположение о том, что субъективный опыт и личностный контекст восприятия и переработки семантики психической травмы, психопатологические особенности способны формировать психогенные реакции на актуальную травму в рамках психической адаптации пациента к ситуации онкологического заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Haviland JS, Watson M, Greer S et al. Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331–6.
2. Watson M, Homewood J, Haviland J, Bliss JM. Influence of psychological response on breast cancer survival: 10-year follow-up of a population-based cohort. *Eur J Cancer* 2005; 41 (12): 1710–4.
3. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. Психогенные реакции у онкобольных. СПб., 1983.
4. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г. А. Обухова, А. В. Бруенка; Предисл. В. Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 376 с.
5. Менделевич В. Д. Клиническая и медицинская психология. М.: МЕДпресс-информ, 2005.
6. Молодецких В. А., Папырин В. Д., Тхостов А. Ш. Личностные реакции мужчин и женщин на онкологические заболевания // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1981. № 12. С. 1828–1832.
7. Тхостов А. Ш., Степанович Д. А. Влияние кризисной жизненной ситуации на структуру самооценки // Вопросы психологии. 1987. № 2. С. 128–134.
8. Касимова Л. Н., Илюхина Т. В. Результаты психопатологического и психологического исследования онкологических больных. Психические расстройства в общей медицине. 2007; 03: 21–25
9. Тарабрина Н. В., Генс Г. П., Коробкова Л. И., Ворона О. А., Падун М. А. Стресс и его последствия у больных раком молочной железы // Вестник РФФИ, 2005 6, С. 10–20.
10. Архипова И. В., Кокорина Н. П. Клинические и реабилитационные аспекты психических расстройств у женщин с диагнозом «рак молочной железы» на этапе хирургического лечения // Псих. расстройства в общей медицине. 2009. № 1.
11. Cordova MJ, Riba MB, Spiegel D. Post-traumatic stress disorder and cancer. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(4):330–338. doi:10.1016/S2215–0366(17)30014–7
12. Cordova, Matthew J et al. "Post-traumatic stress disorder and cancer." *The lancet. Psychiatry* vol. 4,4 (2017): 330–338. doi:10.1016/S2215–0366(17)30014–7
13. Abbey G1, Thompson SB, Hickish T, Heathcote D. A meta-analysis of prevalence rates and moderating factors for cancer-related post-traumatic stress disorder. *Psychooncology*. 2015 Apr;24(4):371–81. doi: 10.1002/pon.3654. Epub 2014 Aug 22.
14. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса. — Изд-во «Институт психологии РАН», М., 2009. — 303 с.
15. Самушия М. А., Зубова И. В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы. Психические расстройства в общей медицине. 2009; 01: 24–29
16. Васиянова, В. В. Особенности пограничных непсихотических расстройств у больных разных возрастных групп после радикальных операций // Казан. мед. журнал. — 1995. — № 5.1. С. 380–382.
17. Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. Psychological distress after initial treatment for breast cancer: a comparison of partial and total mastectomy. *J Clin Epidemiol*. 1989;42(8):765–71.
18. Sun MQ1, Meng AF, Huang XE, Wang MX. Comparison of psychological influence on breast cancer patients between breast-conserving surgery and modified radical mastectomy. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013;14(1):149–52.

© Кондратьева Кристина Орхановна (cris.condratiewa@yandex.ru), Алехин Анатолий Николаевич (termez59@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»