

**Особенности внутренней картины болезни  
у больных онкологическими заболеваниями**

Tarasova D. S.

**Features of the internal picture of the disease in cancer patients**

Отражение болезни в переживаниях человека принято определять понятием внутренней картины болезни. Изучение внутренней картины болезни является неотъемлемой частью психологического сопровождения и психотерапевтической работы с больным раком. В данной статье излагаются основные достижения в области исследования внутренней картины болезни у больных онкологическими заболеваниями.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни; онкопсихология; внутренняя картина болезни при раке.

Reflection of a disease in an individual's experiences is usually determined by the concept of an internal picture of the disease. The study of the internal picture of the disease is an integral part of psychological support and psycho-therapeutically work with the cancer patient. This article outlines advances in research of the internal picture of the disease in cancer patients.

**Keywords:** internal picture of the disease; psycho-oncology; internal picture of the disease in cancer.

По данным Федеральной Службы государственной статистики в России, за 2015 год 1672 тысяч человек имеют новообразования. Из них 524,3 тысяч человек взяты на учет со злокачественными новообразованиями. Статистика показывает ежегодный прирост этих значений, не только в России, но и в мире.

Что же такое злокачественные новообразования? Злокачественное новообразование – заболевание, характеризующееся появлением бесконтрольно делящихся клеток, способных к инвазии в прилежащие ткани и метастазированию в отдаленные органы.

«Онкология имеет специфические отличия, связанные в первую очередь с особо тяжелыми стрессовыми факторами, сопряженными как с семантикой диагнозов злокачественных новообразований, так и с высокой частотой неблагоприятной динамики заболевания, быстрой инвалидизацией, серьезными осложнениями, сопровождающими лечение опухолей (химиотерапия, лучевая терапия, обширные хирургические вмешательства, в том числе с выраженными косметическими дефектами)», – писал академик РАН и РАМН М. И. Давыдов.

На развитие опухолевого процесса влияют как биологические, так и экологические факторы. Немаловажную роль в нем принимают и психологические составляющие. Чувство беспомощности, безнадежности и безысходности является одним из психологических факторов развития онкологического заболевания. Неправильный психологический настрой, отрицательные эмоции влияют на работу нервной системы, тесно связанной с иммунной системой.

К проявлению таких тяжелых стрессовых факторов относится психоэмоциональная реакция больных на постановку данного диагноза. Диагностирование онкологического заболевания, с психологической точки зрения, является экстремальной, кризисной ситуацией для пациента. Для многих диагноз «рак» звучит как смертный приговор, хотя это далеко от истины. При этом возникает повышенный риск развития психических заболеваний, посттравматического стрессового расстройства, суицидального поведения, а также депрессивных расстройств. Особенности эмоционального состояния и восприятие болезни существенно влияют на адаптацию, успешность реабилитационных мероприятий и качество жизни пациентов.

Психологические реакции пациентов и членов их семей на рак во всех его стадиях призвана изучать отрасль научного знания онкопсихология.

Эффективность реабилитации и адаптации в главной степени зависит от личностных ресурсов, от общего отношения к болезни. К таким реабилитационным личностным ресурсам относится внутренняя картина болезни, под которой Р. А. Лурия понимал всё то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений – как местных болезненных, так и общее самочувствие и самонаблюдение, его представление о своей болезни, ее причинах, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм, а также стратегии поведения в ней, включая мотивацию к обследованию и лечению. На становление отношения к болезни влияют психоэмоциональные реакции личности на известия о наличии данного заболевания.

Существует ряд классификаций типов реагирования на болезнь следующих авторов: Н. И. Рейнвальд (1969), А. Д. Степанов (1975), Л. Н. Лежепекова, Б. А. Якубов (1977), Н. Д. Лакосина и Г. К. Ушаков (1976), А. Е. Личко, Н. Л. Иванова (1980). Авторы строят свои классификации на основе различных критериев, например, на основе потребностей, которые фрустрируются заболеванием (Н. Д. Лакосина, Г. К. Ушакова).

Наиболее принятой является классификация А. Е. Личко и Н. Л. Ивановой, в которой выделяют следующие типы отношения к болезни:

- гармонический – правильная, трезвая оценка состояния, нежелание обременять других тяготами ухода за собой;
- эргопатический – «уход от болезни в работу», желание сохранить работоспособность;
- анозогнозический – активное отбрасывание мысли о болезни;
- тревожный – непрерывное беспокойство и мнительность, вера в приметы и ритуалы;
- ипохондрический – крайняя сосредоточенность на субъективных ощущениях и преувеличение их значения, боязнь побочного действия лекарств, процедур;
- неврастенический – поведение по типу «раздражительной слабости», нетерпеливость и вспышки раздражения на окружающих (особенно при болях), затем – сожаление вплоть до слез и раскаяния;
- меланхолический – неверие в выздоровление, удрученность болезнью, депрессивное настроение (вплоть до угрозы суицида);
- апатический – полное безразличие к своей судьбе, пассивное подчинение процедурам и лечению;
- сенситивный – чувствительность к межличностным отношениям, опасения, что окружающие его избегают из-за болезни, боязнь стать обузой для близких;
- эгоцентрический – «уход в болезнь» с выставлением напоказ своих страданий, требование к себе особого отношения;
- паранойяльный – уверенность, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла, а осложнения в лечении являются результатом халатности медицинского персонала;
- дисфорический – доминирует мрачно-озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым людям. Характерны вспышки гнева с требованием от близких подчинения и угождения во всем [1].

Очень часто при постановке диагноза возникает ощущение беспомощности и безнадежности, выступают механизмы психологической защиты, такие как проекция, избегание, рационализация и защита по алекситимическому типу. Больные теряют надежду на возможность продолжения прежней жизни, что усугубляет течение заболевания.

В исследовании Н. В. Дейнека, проводимом с участием 107 пациентов с онкологическими заболеваниями кишечника, было выявлено, что в 90,5% случаев преобладают дезадаптивные типы отношения к болезни, превалируют тревожные и сенситивные тенденции. У одной трети исследуемых выявлен смешанный тревожно-сензитивный тип. Также отмечались

тревожные, сензитивные, неврастенические, сензитивно-неврастенические, эргопатические, анозогнозические типы отношения к болезни. Важной особенностью является то, что гармоничный тип не был выявлен. Исследование показало высокий уровень как ситуативной, так и личностной тревожности. Особенно пациентов волновала оценка перспективы, а также имелся астенический компонент и эмоциональный дискомфорт. В данном исследовании было выявлено, что важную роль в формировании типа личностной реакции играет адекватное информирование и оказание психологической помощи, возможности социальной адаптации, поддержка семьи. Деадаптивные переживания и стратегии поведения затрудняют адаптацию к болезни и негативно влияют на реабилитационный процесс [2].

Н. В. Тарабриной проводилось исследование посттравматического стресса у больных онкологическими заболеваниями с участием 75 женщин с раком молочной железы I–III стадий в состоянии ремиссии. В качестве первых реакций на установление диагноза у многих больных отмечалось состояние оглушенности, страха, беспомощности, угрозы жизни, жалость к себе и обида на судьбу, навязчивые переживания по поводу своего диагноза. Кроме того, отмечались такие реакции защиты, как рационализация угрозы, вытеснение угрозы жизни и отрицание серьезности заболевания.

В обследованной группе женщин вышеописанные реакции были определены как основные этиологические факторы развития признаков посттравматического стресса, которые наблюдались почти у половины женщин с раком молочной железы [3].

Схожие результаты были получены Н. В. Тарабриной и соавторами при исследовании наличия посттравматического расстройства у 16 женщин с диагнозом менингиома (доброкачественная опухоль головного мозга) [4].

М. В. Долговой и А. С. Косенко проведено эмпирическое исследование симптомов посттравматического стрессового расстройства у онкобольных с разными периодами послеоперативного вмешательства. Для исследования посттравматического стрессового расстройства, тревоги и алекситимии было опрошено 60 женщин с диагнозом рак молочной железы после радикальной мастэктомии. Все пациентки не получали психологической и психиатрической помощи. По результатам данного исследования был выявлен высокий уровень тревожности, как ситуативной, так и личностной, в более чем 50% случаев. Оперативное вмешательство является стрессовой ситуацией независимо от его давности. Для женщин, участвующих в данном исследовании, свойственен способ защиты по алекситимическому типу. Более того, было выявлено, что уровень тревоги не уменьшается с течением времени после операции [5].

В работе Т. М. Попова и В. А. Чулковой приводятся результаты исследования взаимосвязи отношения к лечению и типов реагирования у онкологических пациентов при системной терапии. В исследовании приняло участие 103 пациента с диагнозами меланомы кожи, саркома мягких тканей, рак молочной железы, получающие в разных комбинациях химиотерапию, иммунотерапию и перенесшие оперативное вмешательство.

По результатам этого исследования авторами были сделаны следующие выводы: чем выше значимость лечения для больного, тем более выражены апатический и дисфорический типы реагирования на болезнь, что указывает на склонность пациентов к психической деадаптации в ситуации заболевания и лечения, а также тем более выражены негативные переживания в связи с лечением. Около половины респондентов испытывают страх перед лечением, беспокойство, сомнения в необходимости и эффективности процедур, получаемых ими. У женщин с раком молочной железы в половине случаев был выражен тревожный тип реагирования на болезнь, который характеризуется угнетенностью настроения и активности, беспокойством и мнительностью, но эти женщины больше доверяли объективным исследованиям, чем субъективным ощущениям. А треть больных меланомой и саркомой мягких тканей выше оценивали необходимость общения с лечащим врачом, чаще задают ему вопросы о своем состоянии, назначаемых процедурах, их необходимости, побочных эффектах и возможной эффективности [6].

Аналогичной точки зрения придерживается Н. В. Веселова, говоря о том, что у людей с онкологическими заболеваниями часто присутствуют чувство беспомощности и угнетенности, которые напрямую зависят от уровня личностной тревожности. У пациентов с высоким уровнем личностной тревожности обнаруживались не только эти чувства, но и комплекс депрессивных симптомов. Для больных, уделяющих повышенное внимание поиску информации о лечении в различных источниках, стремящихся к общению с врачом для прояснения всего, характерен риск снижения адаптации в ситуации болезни и лечения. Также больные испытывают дистресс в связи с лечением [7].

Часто можно встретить исследования, проводимые с участием женщин с раком молочной железы. Это происходит из-за особенной важности определения особенностей личности данных больных, поскольку такое заболевание сопровождается не только возникновением тяжелого, угрожающего жизни заболевания, но и таким видом оперативного вмешательства, как мастэктомия (удалении молочной железы), что является для женщин эмоциональной катастрофой [8–10].

Так, в исследовании особенностей психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы М. В. Долговой и ее соавторами было выявлено, что у женщин с раком молочной железы преобладает алекситимия как механизм психологической защиты. Это является распространенным нарушением эмоциональных процессов у данной категории пациентов. Помимо этого у них выражено избегание как механизм психологической защиты. Таким образом, у женщин с раком молочной железы имеются трудности с принятием собственных эмоций, алекситимия, а также трудности принятия изменений схемы тела после мастэктомии, нарушения в коммуникативной сфере [8].

О. А. Иванов и соавторы говорят о том, что наиболее тяжелым психологическим моментом для больных злокачественными новообразованиями является этап первичной и уточняющей диагностики, когда информация о впервые установленном диагнозе рака вызывает тяжелую психогенную реакцию. При этом не каждый пациент хотел бы знать о своем диагнозе. Но у тех, кому сообщается диагноз, в трети случаев отмечаются негативные эмоционально-волевые реакции (слезы, истерические состояния, депрессия и др.). У 5% пациентов возникает несогласие на предлагаемое обследование и лечение [11].

Таким образом, в ходе анализа литературных данных и различных эмпирических исследований были сделаны выводы.

Для людей, которым было диагностировано онкологическое заболевание, характерно чувство беспомощности, угнетенности, безнадежности, страха потери жизни.

Часто у таких пациентов имеются такие дезадаптивные механизмы защиты, как избегание, проекция, рационализация и защита по алекситимическому типу. При этом алекситимия у данной категории пациентов проявляется намного чаще.

У больных наблюдается высокий уровень как личностной, так и ситуативной тревожности, который не снижается с течением времени.

Совокупность всех этих психологических факторов приводит к появлению таких дезадаптивных типов реагирования на болезнь, как тревожный, сензитивный, неврастенический, анозогностический, дисфорический и их сочетание. При этом гармоничный тип отношения к болезни практически не выявляется. У лиц со злокачественными новообразованиями могут возникать психические расстройства, депрессии, даже суицидальные наклонности

Поскольку онкологическое заболевание является мощным стрессовым фактором, часто у пациентов возникают симптомы посттравматического стрессового расстройства. Вместе с вышеописанными особенностями это усугубляет течение заболевания. Поэтому для повышения эффективности терапии и реабилитации онкобольных необходима психологическая работа с данными пациентами по коррекции негативных эмоционально-личностных реакций на болезнь.

## Литература

1. Личко, А. Е. Методика определения типа отношения к болезни / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1980. – № 8. – С. 30.
2. Дейнека, Н. В. Реабилитационный потенциал и особенности личностного реагирования при онкологических заболеваниях // Актуальные проблемы и новые технологии медицинской (клинической) психологии и психотерапии: Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием, посвященной 25-летию факультета медицинской психологии. – Самара, 2016. – С. 52–55.
3. Тарабрина, Н. В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 1(80). – С. 40–63.
4. Тарабрина, Н. В. Уровень посттравматического стресса и психопатологическая симптоматика у пациентов, оперированных по поводу менингиомы / Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова, Д. А. Никитина // Консультативная психология и психотерапия. – 2015. – № 3(87). – С. 32–49.
5. Долгова, М. В. Симптомы посттравматического стрессового расстройства у онкобольных / М. В. Долгова, А. С. Косенко // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2016. – Т. 6. – С. 255–258.
6. Попов, Т. М. Отношение к лечению и типы реагирования на болезнь у онкологических пациентов при системных методах терапии / Т. М. Попов, В. А. Чулкова // Наука и образование сегодня. – 2017. – № 6(17). – С. 108–111.
7. Веселова, Н. В. Критерий «жизнестойкость» в оценке эффективности реадaptационных стратегий онкологических больных // Сборник тезисов VII Всероссийского Съезда онкопсихологов. – М.: Издательский центр АНО «Проект Содействие», 2012. – С. 10–13.
8. Долгова, М. В. Исследование особенностей психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы / М. В. Долгова, В. И. Невожай, Л. А. Курьян // Сборник тезисов IV Всероссийского Съезда онкопсихологов. – М.: Издательский центр АНО «Проект Содействие», 2012. – 70 с.
9. Долгова, М. В. Исследование особенностей психологических защит у женщин с диагнозом рак молочной железы / М. В. Долгова, Л. А. Курьян // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2013. – № 3. – С. 168–169.
10. Долгова, М. В. Исследование копинг-стратегий у женщин с раком молочной железы / (с разными периодами послеоперативного вмешательства) / М. В. Долгова, А. А. Васютина // Личность в экстремальных условиях и кризисных ситуациях жизнедеятельности. – 2014. – № 4. – С. 142–144.
11. Иванов, О. А. Учет психологических особенностей, деонтологических и правовых аспектов работы с онкологическими больными при установлении диагноза злокачественного новообразования / О. А. Иванов, А. Е. Сухарев, П. А. Крупнов, Р. Т. Ажгалиев, С. П. Иванова // Сборник тезисов IV Всероссийского Съезда онко-психологов. – М.: Издательский центр АНО «Проект Содействие», 2012. – 70 с.

Тарасова Дарья Сергеевна, студент, кафедра специальной и клинической психологии, Челябинский государственный университет, [borcova\\_darya@mail.ru](mailto:borcova_darya@mail.ru)

Darya S. Tarasova, student, department of special and clinical psychology, Chelyabinsk state university, [borcova\\_darya@mail.ru](mailto:borcova_darya@mail.ru)

*Статья поступила в редакцию 22 марта 2018 г.*