

## ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОК РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО МИННЕСОТСКОМУ МЕЖЛИЧНОСТНОМУ ТЕСТУ

*А.Б. Арзыматова, Э.К. Макимбетов*

---

Рассмотрены некоторые психологические аспекты у пациенток раком молочной железы на этапах госпитализации, лечения и в отдаленные сроки.

*Ключевые слова:* рак молочной железы; Миннесотский межличностный опросник.

**Актуальность.** Рак молочной железы является ведущей патологией у женщин. В мире ежегодно регистрируется более 1 млн случаев РМЖ, выявленных впервые [1–4]. Из-за высокой запущенности при первичном поступлении при РМЖ остается высокая смертность [5]. Лечение РМЖ сопровождается различными нарушениями, в т. ч. нарушениями в психологической сфере [6].

Анализ литературных данных, а также собственных результатов показал, что проблема эмоционального восприятия больными диагноза “Рак” является серьезной проблемой во всем мире, в том числе для всех стран СНГ [2, 7, 8]. Сложившееся мнение о неизлечимости рака приводит к поздней обращаемости, отказу от лечения и, следовательно, к высокой смертности, в результате чего возникает замкнутый круг. Отчасти возникновению такой ситуации способствовали и сами медики, не сообщая больным правду о диагнозе. Поэтому получается, что больные, прооперированные по поводу новообразований молочной железы “кисты”, “аденомы”,

“мастопатии”, “язвы” живут (у них был “не рак”), а все больные раком – умирают. На различных этапах комплексной терапии РМЖ могут возникать проявления психосоматического заболевания [4, 6].

Цель исследования – выявить характер психологических нарушений при раке молочной железы.

**Материал и методы исследования.** В основу исследования по изучению психологического статуса вошли клинические наблюдения за 150 больными РМЖ, которые получили курс комплексной терапии в Национальном центре онкологии МЗ КР (2008–2010 гг.). В качестве контрольной группы исследовано 35 пациентов с доброкачественными опухолями (ДО) молочной железы. Критериями отбора явились больные с гистологически подтвержденным РМЖ всех стадий, за исключением терминальной, возраст от 30 до 70 лет, достаточный уровень образованности (не ниже среднего специального).

Использован ММРІ (Миннесотский многопрофильный личностный опросник) предложен-

ный американскими психологами в еще 40–50 гг. XX в. Адаптация была проведена в СССР в 60-х гг. в институте им. В.М. Бехтерева Ф.Б. Березиным и М.П. Мирошниковым. Опросник Минимульт представляет собой сокращенный вариант ММРІ, содержит 71 вопрос, 11 шкал, из них 3 – оценочные [6].

**Результаты исследования.** По шкале лжи (L), которая оценивала искренность испытуемого, средний балл у больных РМЖ составил  $53,4 \pm 3,4$  %, а пациенток с ДО –  $50,1 \pm 4,1$  %. Это означало, что подход в обеих группах пациенток был практически искренним, так как разница значений статистически была недостоверной. Шкала достоверности (F) выявляет недостоверные ответы: чем больше значение по этой шкале, тем менее достоверны результаты. Результаты исследования показали, что значения были относительно средними, которые незначительно превышали у больных РМЖ ( $58,7 \pm 3,8$ ), тогда как у больных с ДО они были равны  $54,2 \pm 3,4$ .

Искажения, вносимые чрезмерной осторожностью и контролем испытуемого во время тестирования, определялись шкалой коррекции (K). Эта шкала сглаживала данные искажения. Высокие показатели по этой шкале говорят о неосознанном контроле поведения. Шкала (K) используется для коррекции базисных шкал, которые зависят от ее величины. Средние значения в баллах у пациенток в обеих группах были примерно одинаковыми и равны  $50,3 \pm 4,1$  при РМЖ и  $49,1 \pm 2,8$  при ДО. Следовательно, контроль поведения в обеих исследуемых группах пациенток был довольно осознанным и адекватным.

По критерию, характеризующему ипохондрию (Hs) у пациенток РМЖ было отмечено повышение значений по сравнению с ДО ( $54,2 \pm 2,6$  и  $47,5 \pm 3,2$ ,  $t = 1,62$ ,  $p > 0,05$ ) и можно было заметить тенденцию близости пациенток РМЖ, по сравнению с ДО к астено-невротическому типу. Пациентки с РМЖ были более медлительными, пассивными, принимали все на веру, медленно приспособлялись, плохо переносили смену обстановки (многочисленные визиты в поликлинику, клинические отделения, диагностические процедуры и др.), легко теряли равновесие в социальных конфликтах (взаимоотношения врач – больной, больной – семья, родственники и др.).

Важным показателем является шкала D (депрессия). Результаты исследования показали статистически достоверное повышение данных значений у пациенток РМЖ, по сравнению с ДО:  $65,5 \pm 3,1$  и  $45,4 \pm 4,1$ , соответственно ( $t = 3,91$ ,  $p < 0,001$ ). Это означало, что пациентки РМЖ были более чувстви-

тельными, сенситивными, склонными к тревогам. Чаще они были способны принять решение самостоятельно, не было уверенности в себе, при малейших неудачах они впадали в отчаяние.

Данный опросник включает и исследование шкалы, характеризующей истерию (Hu). По этому критерию можно определить неврологические защитные реакции конверсионного типа. Результаты показали, что средние значения баллов истерии (Hu) у пациенток РМЖ составили  $60,2 \pm 3,2$  а у больных ДО  $50,1 \pm 3,5$  ( $t = 2,01$ ,  $p < 0,05$ ). Это означало, что пациентки РМЖ чаще использовали симптомы соматического заболевания как средство избегания ответственности. Все проблемы для них разрешались уходом в болезнь. Главной особенностью таких людей было стремление казаться больше, значительнее, чем есть на самом деле, стремление обратить на себя внимание во что бы то ни стало.

Психопатия (Pd) у пациенток РМЖ и ДО была не выраженной, о чем свидетельствовали относительно низкие значения баллов ( $42,5 \pm 4,4$  и  $40,2 \pm 4,5$ ,  $p > 0,05$ ). Обычно высокие оценки по этой шкале свидетельствуют о социальной дезадаптации, такие люди агрессивны, конфликтны, пренебрегают социальными нормами и ценностями. Следовательно, у пациенток РМЖ и ДО явных проявлений дезадаптации не было обнаружено. Однако по данному показателю было видно, что настроение у них было неустойчивое, они становились обидчивыми, легко возбудимыми и чувствительными. Необходимо отметить, что при детальном анализе был выявлен временный подъем по этой шкале, вызванный, в основном, хирургическим стрессом.

По критерию, который выявлял паранойальность (Pa), было отмечено, что определенные черты данной шкалы выявлялись у пациенток и РМЖ, и ДО. При сравнении значений статистически достоверной разницы не выявлено –  $58,3 \pm 3,8$  и  $51,8 \pm 4,0$  ( $p > 0,05$ ). Результаты исследования по данной шкале показали, что у пациенток не было явной склонности к формированию сверхценных идей. Эти больные не были крайне односторонними, агрессивными или злопамятными. Однако среди некоторых пациенток, причем в обеих группах, были такие, кто считал, что при несогласии их мнений с другими, последние могут стать врагами для них. Часть пациенток активно насаждали свои взгляды окружающим и, следовательно, случались определенные конфликты. Некоторое повышение шкалы Pa (паранойальность) указывало на выраженность таких черт, как повышенная эмоциональная ригидность (тенденция к длительному переживанию), настороженность, повышенную возбудимость и умеренные, агрессивные тенденции.

Одним из наиболее высоких значений после шкалы депрессии была категория “Психастения” (Pt) у пациенток РМЖ. Это свидетельствовало о том, что в данной группе пациентов была высокая частота лиц с тревожно-мнительным типом характера, которым свойственны тревожность, боязливость, нерешительность, постоянные сомнения. Психастения в группе пациенток РМЖ составила  $62,3 \pm 3,7$  балла, тогда как в группе с ДО средние значения были равны  $49,9 \pm 5,1$  балла ( $t = 2,0, p < 0,05$ ), что статистически было не достоверно.

Шкала “Шизоидность” (Sc) у пациенток РМЖ и ДО была не выраженной, т. е. средние значения баллов не высокими и колебались от 44 до 45 баллов. Разность в сравниваемых группах была незначительной и статистически не достоверной. Тем не менее, эпизоды шизоидного типа поведения проявлялись, что выразалось в том, что пациентки были способны тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы, но повседневные радости и горести не вызывали у них эмоционального отклика. Следовательно, для пациенток с такими чертами были характерны симптомы сочетания повышенной чувствительности с эмоциональной холодностью и отчужденностью в межличностных отношениях.

Средние значения баллов по шкале “Гипомания” (Ma) у пациенток с ДО, были несколько выше, чем у лиц с РМЖ –  $54,4 \pm 3,8$  и  $42,3 \pm 4,1$ , что было статистически достоверно ( $t = 2,16, p < 0,05$ ). Для этих лиц были характерны такие черты, где интересы пациенток были относительно поверхностными и неустойчивыми, таким женщинам не хватало выдержки и настойчивости.

Таким образом, результаты исследования показали, что у основной части пациенток РМЖ и ДО имелись явления депрессивной реакции на постановку диагноза. Эта депрессия дополнялась усилением чувства тревоги, постоянными сомнениями, неуверенностью, беспокойством, ожиданием опасности, связанной с операцией. Подъем по шкале Ну (эмоциональная лабильность) свидетельствовал об эмоциональной неустойчивости, лабильности.

Следовательно, результаты нашего тестирования показали, что у пациенток РМЖ, по сравнению с ДО, имелись статистически достоверные повышения средних значений некоторых тестов, таких как депрессия (D), эмоциональная лабильность, психастения (Pt). При анализе шкалы “Гипомания” (Ma) наоборот, у пациенток с ДО были достоверно высокие значения баллов, чем у больных РМЖ. Все эти данные создавали своеобразный психологический портрет пациентки раком молочной железы. Так, об-

наруженные высокие значения в баллах по шкалам D (депрессия) и Pt (психастения) дают возможность объединить практически всех больных на этапе поступления в группу тревожно-депрессивного типа, что создает представление об индивидуальных особенностях личности, характере реакций в кризисной ситуации, компенсаторных возможностях.

Таким образом, описывая личностные особенности больных РМЖ при поступлении, можно отметить такие черты, как депрессивность, тревожность, чрезмерная чувствительность к обидам, эмоциональная лабильность, напряженность, раздражительность, неуверенность, подавленность.

При изучении тех же параметров психологической деятельности после окончания курса радикальной терапии показало, что имеются определенные изменения.

В отдаленном периоде по сравнению с этапом поступления у больных РМЖ отмечаются статистически достоверное повышение значений по следующим шкалам: Ma (гипомания) и Sc (шизоидность). Незначительное повышение было отмечено и по шкале Hs, т. е. увеличение частоты эпизодов ипохондрии, однако это повышение, по сравнению с этапом до лечения, было статистически не достоверным.

В отдаленные сроки после лечения (обычно от 6 до 12 месяцев) у пациенток РМЖ было отмечено снижение значений баллов по шкале D (депрессия) с  $65,3 \pm 2,7$  до  $57,2 \pm 2,9$  ( $t = 2,09, p < 0,05$ ). Это означало, что депрессия значительно уменьшилась, что было обусловлено тем, что больные уже прошли определенные этапы лечения – операцию, лучевую терапию, химиотерапию. Однако надо отметить, что в случае сравнения данных значений с данными контрольной группы женщин с ДО показатель депрессии оставался еще высоким.

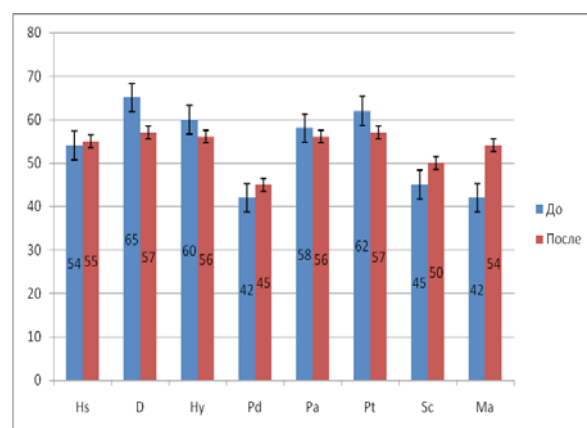


Рисунок 1 – Динамика изменений психологических расстройств пациенток раком молочной железы до и после специальной терапии

Понижение значений в баллах у пациенток РМЖ после курсов специальной терапии отмечено также по шкалам Ну (эмоциональная лабильность) с  $60,2 \pm 2,7$  до  $55,9 \pm 2,8$  ( $p > 0,05$ ) и Pt (психастения) с  $62,5 \pm 2,8$  до  $56,7 \pm 2,9$  ( $p < 0,05$ ) (рисунок 1).

Эти результаты свидетельствовали о том, что профиль личности у пациенток РМЖ на этапе поступления в стационар и постановки диагноза был относительно высоким, чем в послеоперационном периоде или в отдаленные сроки. Несмотря на снижение средних значений личностных характеристик, было выявлено, что они остаются высокими в отдаленные сроки, по сравнению с контрольной группой.

Таким образом, на различных этапах диагностики, госпитализации и лечения у пациенток РМЖ по данным Миннесотского межличностного опросника наиболее часто встречались три типа личности больных: тревожно-депрессивный, тревожно-ригидный и истерический.

### *Литература*

1. Березин Ф.Б. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ): структура, основы интерпретации, некоторые области применения /

Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников, Е.Д. Соколова. 3-е изд. М.: Изд-во “Березин Феликс Борисович”, 2011. 320 с.

2. Давыдов М.И. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ / М.И. Давыдов, Е.М. Аксель. М.: Медицина, 2005. 268 с.
3. Jemal A., Tiwari R., Murray T. et al. Cancer statistics // CA Cancer J Clin. 2004. V. 54. P. 8–29.
4. Fukui S., Kugaya A., Okamura H., et al. A psychosocial group intervention for Japanese women with primary breast carcinoma // Cancer. 2000. V. 89. P. 1026–1036.
5. Давыдов М.И. Практическая маммология / М.И. Давыдов, В.П. Летагин. М.: Практическая медицина, 2007. С. 191–205.
6. Галлиулина С.Д. Нервно-психические нарушения у больных раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.Д. Галлиулина Уфа, 2000.
7. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных / А.В. Гнездилов // Практическая онкология. 2001. № 1 (5). С. 5–10.
8. Higashi T., Nakamura F., Saruki N. et al. Establishing a quality measurement system for cancer care in Japan // Jpn J Clin Oncol. 2013. V. 43 (3). P. 225–32.