

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ВЗАИМОСВЯЗЬ С ПАРАМЕТРАМИ СЕМЕЙНОЙ СИСТЕМЫ

[И. Г. Соловьева, Д. А. Василевская](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

Получены данные о том, что степень выраженности патопсихологических нарушений у больных раком молочной железы положительно коррелирует с дисфункциональными семейными перцептивно-поведенческими паттернами. Психологическую помощь больным раком молочной железы целесообразно оказывать, в том числе в семейном формате.

Ключевые слова: рак молочной железы, тревога, депрессия, семейная система.

Соловьева Ирина Геннадьевна — доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: irraso@mail.ru

Василевская Дарья Александровна — преподаватель кафедры клинической психологии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», e-mail: vda38514@mail.ru

Введение. По данным Всемирной организации здравоохранения, рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности среди злокачественных новообразований других локализаций у женщин, и каждая восьмая женщина имеет риск заболеть РМЖ [1]. В России ежегодно РМЖ диагностируется у 46 тыс. женщин.

По данным ряда исследований, у больных РМЖ наблюдается высокая частота встречаемости патопсихологических нарушений [2, 3]. Тревожные и депрессивные расстройства являются основными психическими расстройствами при РМЖ [4, 5].

С одной стороны, большая часть женщин в ходе лечения по поводу РМЖ и после его завершения испытывают психологический дистресс, следствием чего является высокий

уровень тревоги и депрессии [6, 7]; с другой — развитие патопсихологической симптоматики может быть обусловлено личностными особенностями больных РМЖ женщин, которые широко описаны в литературе [8, 9].

С точки зрения системного подхода, истоки многих перцептивно-поведенческих паттернов индивида, личностных характеристик — в особенностях функционирования его семейной системы. Учитывая тот факт, что семейная система — многопоколенное образование, в котором каждое последующее поколение, являясь частью семьи как системы, повторяет ряд поведенческих (в том числе, дисфункциональных) паттернов предков, исследование взаимосвязи частоты встречаемости психопатологической симптоматики у больных РМЖ с параметрами родительской семейной системы представляется актуальным.

Цель настоящего исследования — изучение взаимосвязи особенностей семейной системы и патопсихологической симптоматики у больных РМЖ.

Материал и методы исследования. Исследование проводилось на базе ГКБ № 1 в онкологическом отделении № 3 (зав. отделением д.м.н., проф. Сидоров С. В.). Обследована 41 пациентка с верифицированным диагнозом РМЖ. Средний возраст — $56,6 \pm 11,2$ года. Уровень образования: среднее образование — у 7-ми (17 %) женщин, средне-специальное — у 21-й (51,2 %), высшее — у 13-ти (31,8 %). Семейное положение: замужем — 18 (43,9 %) женщин, незамужем — 23 (56,1 %). Контрольную группу составили 20 здоровых женщин. Группа контроля сопоставима с исходной по возрасту, уровню образования и семейному положению.

Для диагностики степени выраженности патопсихологической симптоматики использовали клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич). Для диагностики уровня выраженности тревоги и депрессии — госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS). Диагностику особенностей взаимоотношения в родительской семье пациенток проводили с помощью опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (Опросник FACES-3 / Тест Д. Х. Олсона). При статистической обработке полученных данных использовали коэффициент корреляции Спирмена, U-критерий Манна-Уитни, ϕ -критерий углового преобразования Фишера.

Результаты и их обсуждение. Согласно результатам обследования с помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS)» 12 (29,2 %) обследованных женщин испытывают субклинически выраженную депрессию, у 5-ти (12,1 %) — диагностирована клинически выраженная депрессия. У 20-ти (48,7 %) женщин определяется субклинически выраженная тревога и у 5-ти (12,1 %) — диагностирована клинически выраженная тревога.

Больные РМЖ в сравнении со здоровыми женщинами имеют достоверно более выраженные проявления тревоги и депрессии (табл. 1). Кроме того, для больных РМЖ характерна значимо более высокая выраженность таких невротических симптомов как астения, обсессивно-фобические и вегетативные нарушения.

Таблица 1

Сравнение показателей патопсихологической симптоматики у больных РМЖ и здоровых женщин

Сравниваемые показатели	Больные РМЖ (N = 41)	Здоровые (N = 20)	p
-------------------------	-------------------------	----------------------	---

Шкалы опросника HADS			
Тревога	7,9 ± 2,4	5,8 ± 2,2	p < 0,01
Депрессия	6,8 ± 2,5	4,6 ± 1,6	p < 0,01
Шкалы опросника Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина			
Ситуативная тревога	38,1±10,3	27,5±5,9	p < 0,01
Личностная тревога	45,8±7,7	32,4±7,3	p < 0,01
Шкалы «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний» (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич)			
Шкала тревоги	1,6 ± 3,5	5,2 ± 2,4	p < 0,01
Шкала невротической депрессии	0,2 ± 4,3	3,4 ± 1,7	p < 0,01
Шкала астении	1,2 ± 4,2	4,3 ± 2,2	p < 0,01
Шкала истерического типа реагирования	0,7 ± 4,7	3,4 ± 1,5	p < 0,01
Шкала обсессивно-фобических нарушений	0,4 ± 4,2	3,6 ± 1,8	p < 0,01
Шкала вегетативных нарушений	1,2 ± 6,9	5,5 ± 3,2	p < 0,01

Примечание: согласно ключу к «Клиническому опроснику для выявления и оценки невротических состояний» чем ниже значение показателя шкалы, тем более выражено невротическое состояние

Параметры родительской семейной системы оценивали с помощью двух шкал опросника «Шкала семейной адаптации и сплоченности» (Олсон Х. Д.): сплоченность (степень эмоциональной близости) и гибкость (способность семьи адаптироваться к стрессовым ситуациям путем перестройки семейной системы).

Согласно полученным данным первой из шкал, у 22-х (53,8 %) больных РМЖ встречается объединенная семья, для которой характерно высокая степень эмоциональной близости, повышенная лояльность во взаимоотношениях, в определенной степени зависимость членов семьи друг от друга. Для родительской семьи трех (7,3 %) женщин характерен крайне высокий уровень семейной сплоченности — запутанная семья, для которой свойственна чрезмерная эмоциональная близость (слияние), отсутствие личного пространства у членов семьи. Разделенная и разобщенная семья встречается у 11-ти (26,8 %) и 5-ти (12,1 %) женщин соответственно.

При проведении корреляционного анализа выявлена достоверная положительная корреляционная взаимосвязь между показателями семейной сплоченности родительской семьи и показателями опросника SCL-90 (тревожность и навязчивости), табл. 2.

Таблица 2

Взаимосвязь уровня семейной сплоченности в родительской семье и патопсихологических симптомов у больных РМЖ

Показатели	Коэффициент корреляции Спирмена	p
Семейная сплоченность родительской семьи & Навязчивости	0,35	< 0,05
Семейная сплоченность родительской семьи & Тревожность	0,44	< 0,05

Таким образом, чем выше уровень сплоченности родительской семьи в детский период жизни, тем выше у больных РМЖ уровень тревожности, и чаще встречаются проявления

различных навязчивостей.

Согласно данным шкалы «гибкость», у 35-ти (85,5 %) женщин, больных РМЖ, родительские семьи относятся к хаотичному типу, для которого характерна чрезмерная «гибкость» в стрессовых ситуациях: размытость ролей, неустойчивость, импульсивность в принятии решений (хаотичность). У больных РМЖ выявлены положительные корреляционные связи между уровнем семейной гибкости родительской семьи и степенью выраженности патопсихологических нарушений (табл. 3).

Таблица 3

Взаимосвязь уровня семейной адаптации/дезадаптации (гибкости) в родительской семье и патопсихологических симптомов у больных РМЖ

Показатели	Коэффициент корреляции Спирмена	Р
Семейная гибкость в родительской семье & Ситуативная тревога	0,38	< 0,05
Семейная гибкость в родительской семье & Соматизация	0,34	< 0,05
Семейная гибкость в родительской семье & Навязчивости	0,34	< 0,05
Семейная гибкость в родительской семье & Депрессия	0,54	< 0,01
Семейная гибкость в родительской семье & Тревожность	0,39	< 0,05
Семейная гибкость в родительской семье & Фобия	0,35	< 0,05
Семейная гибкость в родительской семье & Паранойяльность	0,55	< 0,01
Семейная гибкость в родительской семье & Психотизм	0,35	< 0,05

Таким образом, чем выше «гибкость» семейной системы (чрезмерная гибкость = хаотичность), тем более выражена патопсихологическая симптоматика у больных РМЖ (соматизация, депрессия, тревожность, навязчивости, фобии, паранойяльность, психотизм).

Полученные в настоящем исследовании результаты относительно частоты встречаемости патопсихологической симптоматики у больных РМЖ согласуются с данными других авторов. Согласно Vahdaninia M. et al. (2010), у 38,4 % больных РМЖ наблюдается клинически выраженная тревога и у 22,2 % имеются проявления депрессии [7]. По данным Lueboonthavatchai P. (2007), проявления тревоги выявляются у 19 % пациенток, тревожное расстройство — у 16 %,; признаки депрессии обнаруживаются у 16,7 %, депрессивное расстройство — у 9 % больных РМЖ [10]. О преобладании в клинической картине больных РМЖ расстройств невротического уровня (кратковременная депрессивная реакция, смешанная тревожная и депрессивная реакция, смешанное диссоциативное расстройство, неврастения) над донозологическими нарушениями и расстройствами личности пишет О. А. Бехер (2007) [11]. Указанные расстройства наблюдаются у больных РМЖ на всех этапах лечения и сохраняются в течение длительного срока — через 3–4 года после лечения [12].

В ходе клинической беседы выявлено, что пациентки, несмотря на свой возраст, отмечают тесную эмоциональную связь с родителями. По мнению большинства женщин, «родители — это образец семейной жизни, в них моё благополучие»; «родители — это святое, уважение к ним — долг каждого», «родители — это всё для меня». Исследование показало, что более чем у 60 % больных РМЖ члены родительской семьи эмоционально близки, зависимы друг от друга, наблюдается высокая степень эмоциональной

включенности в дела и переживания друг друга. Данные, полученные благодаря корреляционному анализу, подтверждают основные положения «Теории семейных систем» М. Боуэна, согласно которой недифференцированность индивида (вследствие слитых семейных отношений, крайней эмоциональной близости, размытых семейных ролей) приводит к тому, что при воздействии минимального по силе стресса, индивид попадает под власть эмоций, аффекта [13]. Другими словами, человеку сложно, а порой даже невозможно, эффективно справиться со стрессовой ситуацией и, как следствие, наблюдается развитие патопсихологической симптоматики: депрессии, тревожности, фобии, навязчивости.

Кроме того, отсутствие правил, хаотичность, импульсивность в принятии решений, отсутствие лидера в семейной системе (85,5 % родительских семей больных РМЖ) приводят к тому, что в дальнейшем в кризисных ситуациях, каковым несомненно является диагноз рака и проводимое лечение, у женщины проявляются аналогичные родительским паттерны поведения. Рост «гибкости» семейной системы в стрессовых ситуациях сопровождается соматическими эквивалентами тревожности и другими психосоматическими симптомами (головные боли, повышение артериального давления, учащение сердцебиения, нарушение сна и аппетита и т. д.), возникают мысли, импульсы и действия, носящие обсессивно-компульсивный характер, наблюдаются клинические проявления депрессии (отсутствие интереса к жизни, недостаток мотивации и потеря жизненной энергии), напряжение и стойкая реакция страха чего-либо, подозрительность, признаки избегания и изоляции от социума [14].

Выводы. Таким образом, в настоящем исследовании выявлены вероятные механизмы, посредством которых формируются личностные особенности женщин, больных РМЖ, проявляющиеся в низком уровне сформированности идентичности, низкой стрессоустойчивости, что в условиях болезни (РМЖ) может предрасполагать реакции дистресса и развитию патопсихологической симптоматики. Учет описанных механизмов необходим при определении стратегии психологической помощи больным РМЖ.

Список литературы

1. Профили рака в странах, 2014. Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа : (http://www.who.int/cancer/country-profiles/rus_ru.pdf).
2. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis / D. W. Kissane [et al.] // Aust. N. Z. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 38 (5). — P. 320-6.
3. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence : prevalence, associated factors and relationship to quality of life / M. Okamura [et al.] // Jpn. J. Clin. Oncol. — 2005. — Vol. 35 (6). — P. 302-9.
4. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer : relationship to coping with cancer and quality of life / O. Karakoyun-Celik [et al.] // Med. Oncol. — 2010. — Vol. 27 (1). — P. 108-13.
5. Lim C. C. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review / C. C. Lim, M. K. Devi, E. Ang // Int. J. Evid. Based Healthc. — 2011. — Vol. 9 (3). — P. 215-35.
6. Гиндикин В. Я. Справочник : соматогенные и соматоформные психические расстройства / В. Я. Гиндикин. — М., 2000. — 256 с.
7. Vahdaninia M. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study / M. Vahdaninia, S. Omidvari, A. Montazeri // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2010. — Vol. 45 (3). — P. 355-61.

8. Саймонтон К. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни : пер. с англ. / К. Саймонтон, С. Саймонтон. — СПб. : Питер пресс, 1995. — 172 с.
9. Чулкова В. А. Психологические проблемы в онкологии / В. А. Чулкова, В. М. Моисеенко // Практ. онкология. — 2009. — Т. 10, № 3. — С. 151-157.
10. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients / P. Lueboonthavatchai // J. Med. Assoc. Thai. — 2007. — Vol. 90 (10). — P. 2164-74.
11. Бехер О. А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.18 / О. А. Бехер. — Томск, 2007. — 24 с.
12. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer / S. Christensen [et al.] // Breast Cancer Res. Treat. — 2009. — Vol. 113 (2). — P. 339-55.
13. Теория семейных систем Мюррея Боуэна : основные понятия, методы и клиническая практика : пер. с англ. — М. : Когито-Центр, 2012. — 496 с.
14. Черников А. В. Системная семейная терапия : интегративная модель диагностики / А. В. Черников. — 3-е изд., испр. и доп. — М. : Независимая фирма «Класс», 2001. — 208 с.

PATHOPSYCHOLOGICAL SYMPTOMATOLOGY AT PATIENTS WITH BREAST CANCER: INTERRELATION WITH PARAMETERS OF FAMILY SYSTEM

[I. G. Solovyova, D. A. Vasilevskaya](#)

SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

The pathopsychological disturbances expression at patients with breast cancer positively correlates with dysfunctional family perceptual and behavioural patterns are the obtained data as the result of research. Psychological assistance, including in a family format is advisable to patient with breast cancer.

Keywords: breast cancer, alarm, depression, family system.

About authors:

Solovyova Irina Gennadyevna — doctor of medical science, assistant professor, head of clinical psychology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: irraso@mail.ru

Vasilevskaya Darya Aleksandrovna — teacher of clinical psychology chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», e-mail: vda38514@mail.ru

List of the Literature:

1. Cancer profiles in the countries, 2014. World Health Organization. — Access mode: (http://www.who.int/cancer/country-profiles/rus_ru.pdf).
2. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis / D. W. Kissane [et al.] // Aust. N. Z. J. Psychiatry. — 2004. — Vol. 38 (5). — P. 320-6.
3. Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence : prevalence, associated factors and relationship to quality of life / M. Okamura [et al.] // Jpn. J. Clin. Oncol. — 2005. — Vol. 35 (6). — P. 302-9.
4. Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer : relationship to coping with cancer and quality of life / O. Karakoyun-Celik [et al.] // Med. Oncol. — 2010. — Vol. 27 (1). — P. 108-13.
5. Lim C. C. Anxiety in women with breast cancer undergoing treatment: a systematic review / C. C. Lim, M. K. Devi, E. Ang // Int. J. Evid. Based Healthc. — 2011. — Vol. 9 (3). — P. 215-35.
6. Gindikina V. Y. Guidance book: somatogenic and somatoform alienations / V. Y. Gindikina. — M, 2000. — 256 P.
7. Vahdaninia M. What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study / M. Vahdaninia, S. Omidvari, A. Montazeri // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2010. — Vol. 45 (3). — P. 355-61.

8. Saymonton K. Homing to health. A new view on serious illnesses: translation from English / K. Saymonton, S. Saymonton. — SPb.: St. Petersburg press, 1995. — 172 P.
9. Chulkova V. A. Psychological problems in oncology / V. A. Chulkova, V. M. Moiseenko // Pract. oncology. — 2009. — V. 10, N 3. — P. 151-157.
10. Lueboonthavatchai P. Prevalence and psychosocial factors of anxiety and depression in breast cancer patients / P. Lueboonthavatchai // J. Med. Assoc. Thai. — 2007. — Vol. 90 (10). — P. 2164-74.
11. Bekher O. A. Psychological disorders at the women with breast cancer: theses ... cand. of medical science: 14.00.18 / O. A. Bekher. — Tomsk, 2007. — 24 P.
12. Prevalence and risk of depressive symptoms 3-4 months post-surgery in a nationwide cohort study of Danish women treated for early stage breast-cancer / S. Christensen [et al.] // Breast Cancer Res. Treat. — 2009. — Vol. 113 (2). — P. 339-55.
13. Theory of family systems of Murray Bowen: basic concepts, methods and clinical practice: translation from English — M.: Kogito-center, 2012. — 496 P.
14. Chernikov A. V. Systemic family therapy: integrative model of diagnostics / A. V. Chernikov. — the 3rd prod., rev. and additional — M.: Class independent firm, 2001. — 208 P.