

Секция «Клиническая психология (патопсихология, психосоматика и психология телесности)»

Особенности совладания с болезнью в период ремиссии у онкомаммологических пациенток с разным семейным статусом

Научный руководитель – Нелюбина Анна Сергеевна

Ласточкина Вера Михайловна

Студент (специалист)

Российский государственный гуманитарный университет, Институт психологии им. Л. С.

Выготского, Москва, Россия

E-mail: lasto4kina.vera@gmail.com

Рак молочной железы (РМЖ) – второе по распространенности онкологическое заболевание, с 2,3 млн случаев (11,6%). По данным ВОЗ на 2022 год, в России он наиболее распространен среди женщин. В настоящее время результаты развития медицины привели к созданию более эффективных схем лечения, увеличив число онкологических пациентов в ремиссии и их продолжительность жизни [n5].

Однако болезнь – это не только объективные симптомы, но и психическое состояние пациента. Онкологический диагноз дестабилизирует систему ценностей и поведения. Сирота Н.А. и Фетисов Б.А. отмечают, что РМЖ влияет не только на физическое здоровье, но и сопровождается аффективными нарушениями [n3,4]. Исследования показывают, что гибкие копинг-стратегии – ключевой фактор успешной адаптации [n1].

Актуальность: Исследования копинг-стратегий при РМЖ сосредоточены на активной фазе лечения, тогда как период ремиссии изучен недостаточно. Неясно, какие изменения происходят с пациентками в долгосрочной ремиссии. Возникает риск прекращения скринингов, что может привести к позднему выявлению рецидива

Научная новизна: Проанализированы стратегии совладания с РМЖ и влияние социального окружения, особенно семьи, на адаптацию к болезни.

Цель исследования: Определить различия в стратегиях совладания с болезнью в период ремиссии у пациенток с разным семейным статусом.

Материалы и методы Исследовано 80 пациенток с диагнозом РМЖ (С50 - Злокачественные новообразования молочной железы). Среди участниц исследования, на момент последнего рестадирования, была зафиксирована I стадия (n = 48; 60%), II стадия (n = 13; 16,25%), III стадия (n = 19; 23,75%). Возраст пациенток варьируется от 40 до 83 лет (средний возраст пациенток составил $58,36 \pm 10,9$ лет). Длительность заболевания (с момента установления диагноза) находится в диапазоне от 1 года до 7 лет. Длительность периода ремиссии от 2 месяцев до 6 лет. Методы использовавшиеся в исследовании: клиническое полуструктурированное интервью, основанное на модели нарратива болезни Артура Клейнмана, MDICS (Heim et al., 1988) в русскоязычной адаптации “Методика диагностики копинг-механизмов Хейма (Л. И. Вассерман), MDMQ (Mann et al., 1997) в русскоязычной адаптации “Мельбурнский опросник принятия решений (МОПР)” (Т.В. Корнилова, 2013), IUS в русскоязычной адаптации “Шкала интолерантности к неопределенности” (А.Ш. Тхостов, А.С. Нелюбина, А.А. Разлуцкий, А.М. Мерзлякова, 2022), HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983) в русскоязычной адаптации “Госпитальная шкала тревоги и депрессии” (А. А. Кукшина и др., 2013).

Результаты и обсуждение: В группе одиноких женщин преобладают адаптивные копинг-механизмы: эмоциональные и поведенческие. Среди когнитивных стратегий равномерно распределены адаптивные и неадаптивные. Пациентки с зависимыми близкими отдают предпочтение относительно адаптивным копинг-стратегиям, включая отвлечение и

конструктивную активность. Среди эмоциональных и когнитивных стратегий чаще применяются адаптивные. Женщины, получающие социальную поддержку, демонстрируют преимущественно адаптивные эмоциональные копинги, но склонны к неадаптивным когнитивным стратегиям (смирение). Статистический анализ (χ^2 Пирсона) показал отсутствие значимых различий по когнитивным и эмоциональным копингам между группами ($p > 0,05$), но выявил различия в поведенческих стратегиях ($p = 0,047$).

Результаты Мельбурнского опросника принятия решений подтвердили преобладание стратегии "Бдительность" во всех группах, причем пациенты с поддержкой чаще выбирают "Сверхбдительность", а одинокие - "Избегание". По шкале интолерантности к неопределенности во всех группах преобладает средний уровень, наибольшая интолерантность наблюдается у одиноких.

Госпитальная шкала тревоги и депрессии показала, что нормативные значения доминируют, но клиническая депрессия чаще встречается у одиноких (20%), а тревожность - у пациенток с поддержкой (17,5%).

Дисперсионный анализ выявил статистически значимые различия по параметрам "Избегание" ($p = 0,039$) и "Депрессия" ($p < 0,001$).

Так, интолерантность к неопределенности проявляется в предпочтении стратегий избегания и прокрастинации, что связано с трудностями принятия неопределенных ситуаций. Одинокие пациентки чаще используют адаптивные стратегии, такие как поиск поддержки и взаимодействие с врачами, тогда как пациентки с семьей могут быть склонны к прокрастинации и избеганию, частично полагаясь на близких.

Пациентки, получающие заботу, демонстрируют более высокий уровень тревожности, а одинокие — повышенный уровень депрессии, что подтверждается исследованиями (Матреницкий В.Л., 2020) [n2]. Влияние семейного фактора на копинг-стратегии неоднозначно: пациентки, получающие заботу, чаще выбирают неадаптивные когнитивные стратегии, что может снижать их самостоятельность. В то же время одинокие пациентки проявляют большую активность в поиске ресурсов для преодоления стресса. Чрезмерная социальная поддержка может снижать самостоятельность, в то время как её отсутствие стимулирует активное поведение и поиск ресурсов для преодоления болезни.

Выводы:

1. Одинокие пациентки отличаются высокой адаптивностью и автономностью, активно применяя поведенческие и эмоциональные стратегии совладания с болезнью, низкими значениями тревоги.
2. Пациентки, которые заботятся о других, имеют более выраженные тревожные переживания.
3. Группа пациенток, получающих социальную поддержку, использует наименьшее количество адаптивных стратегий.

Источники и литература

- 1) Абросимов И.Н., Ялтонский В.М. Выбор копинг-стратегии как фактор психологической адаптации пациента к хроническому соматическому заболеванию // ОмГУ. 2018. №4.
- 2) Матреницкий В.Л. Забытая психоонкология: о необходимости психотерапии и психосоциальной реабилитации в профилактике рецидивов и метастазов онкозаболеваний // Клиническая онкология. 2018. Т. 8, № 1 (29). С. 46–52.
- 3) Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М.: Изд-во Московского университета, 1987. – 168 с.

- 4) Сирота, Н. А. Особенности совладающего поведения женщин больных раком молочной железы с внешне видимым послеоперационным дефектом и при его отсутствии / Н. А. Сирота, Б. А. Фетисов // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. – 2014. – № 3. – EDN YJEMWD.
- 5) Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году / Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, А.О. Шахзадовой. Состояние онкологической помощи населению России в 2023 году. – Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2024. – илл. – 262 с.