

Чувственное восприятие болезни пациентами в зависимости от степени ее осознания при раке молочной железы

Л.М. Когония¹, ORCID: 0000-0003-3326-4961, e-mail: lali51@yandex.ru

А.С. Нелюбина^{2,3}, ORCID: 0000-0001-6449-8811, e-mail: nelubina-anna@mail.ru

Е.В. Маркарова¹, ORCID: 0000-0002-2028-566X, e-mail: katemarkarova@mail.ru

Е.Е. Тунцова², ORCID: 0000-0001-8811-7614, e-mail: kudrytyan@gmail.com

¹ Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корпус 1

² Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1

³ Московский институт психоанализа; 121170, Россия, Москва, Кутузовский проспект, д. 34, стр. 14

Резюме

Актуальность исследования обусловлена ростом заболеваемости раком молочной железы (РМЖ) в популяции и необходимостью выявлять психосоциальные факторы, вызывающие неадаптивное поведение пациенток. Авторы пытаются понять причины такого поведения (поздняя обращаемость за медицинской помощью, нераспознавание пациентками признаков рецидива заболевания). Цель исследования – выявление того, как степень осознания пациентками с РМЖ факта заболевания опосредует их чувственное восприятие болезни, понимание симптомов и их поведение. Материал и методы: в исследовании приняло участие 38 пациенток с РМЖ I–III стадии отделений торакальной хирургии и химиотерапии МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. Проводилось полуструктурированное клиническое интервью для выявления представлений пациенток о болезни, лечении и стратегиях поведения. Чувственное восприятие болезни, понимание и категоризация ее проявлений изучались с помощью модифицированного теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений», разработанного Тхостовым и Елшанским в 2003 г. По итогам интервью пациентки были разбиты на 3 подгруппы: с полным осознанием факта заболевания, частичным и его отсутствием. Для пациенток с полным осознанием характерно наличие четко локализованных телесных ощущений и диффузных, генерализованных маркеров общего болезненного состояния (описанных при помощи чувств). Пациентки считают тревогу и депрессию симптомами рака, поэтому, вероятно, ожидают избавления от них в результате основной терапии (что невозможно). Пациентки с частичным осознанием болезни смешивают телесные симптомы онкологического и сопутствующего заболевания (которое считают основным), не распознают опасные ощущения, недооценивают их значимость и, следовательно, могут пропустить начало рецидива. Пациентки с отсутствующим осознанием факта заболевания не знают, на какие ощущения ориентироваться, недооценивают опасные ощущения (например, боль), переоценивают значимость ощущений, связанных с операцией (например, онемение), но их телесный опыт болезни похож на опыт пациенток с полным осознанием, а декларируемая анозогнозия носит характер психологической защиты. Пациенткам необходима разъяснительная работа по дифференциации телесного опыта болезни, определению ощущений-маркеров, требующих медицинской помощи, и формированию мотивации на дальнейшую (постоперационную) терапию.

Ключевые слова: чувственное восприятие болезни, рак молочной железы, внутренняя картина болезни, представления о болезни, понимание симптомов, осознание факта заболевания, поведение пациента, психология больного

Для цитирования: Когония Л.М., Нелюбина А.С., Маркарова Е.В., Тунцова Е.Е. Чувственное восприятие болезни пациентами в зависимости от степени ее осознания при раке молочной железы. *Медицинский совет*. 2019;(19):84–91. doi: 10.21518/2079-701X-2019-19-84-91.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 19-013-00945.

Sensitivity of patients to the disease depending on the degree of its awareness in breast cancer

Lali M. Kogoniya¹, ORCID: 0000-0003-3326-4961, e-mail: lali51@yandex.ru,

Anna S. Nelyubina^{2,3}, ORCID: 0000-0001-6449-8811, e-mail: nelubina-anna@mail.ru

Ekaterina V. Markarova¹, ORCID: 0000-0002-2028-566X, e-mail: katemarkarova@mail.ru

Ekaterina E. Tuntsova², ORCID: 0000-0001-8811-7614, e-mail: kudrytyan@gmail.com

¹ M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research and Clinical Institute; 61/2, Schepkin St., Moscow, 129110, Russia

² Moscow State University of Medicine and Dentistry; 20, b. 1, Delegateskaya St., Moscow, 127473, Russia

³ Moscow Institute of Psychoanalysis; 34/14, Kutuzovsky Prospekt, Moscow, 121170, Russia

Abstract

The relevance of the study is conditioned by the growth of breast cancer (BC) incidence in the population and the need to identify psychosocial factors that cause inappropriate behavior of patients. The authors try to understand the reasons for this behavior (late access to medical care, patients' lack of recognition of signs of relapse). The aim of the study is to find out how the level of awareness of breast cancer patients of the disease mediates their sensual perception of the disease, their understanding of symptoms, and their behavior. Materials and methods: 38 women with breast cancer of stage I–III of the Department of Thoracic Surgery and Chemotherapy of M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute participated in the study. Semi-structured clinical interviews were conducted to identify patient perceptions of the disease, treatment, and behavioral strategies. Sensory perception of the disease, understanding and categorization of its manifestations were studied with the help of the modified test «Choice of descriptors of intraceptual sensations» developed by Tkhostov and Elshanskiy in 2003. As a result of the interview the patients were divided into 3 subgroups: with full awareness of the fact of the disease, partial and its absence. Patients with full awareness are characterized by the presence of clearly localized bodily sensations and diffuse, generalized markers of general painful condition (described by means of feelings). Patients consider anxiety and depression to be symptoms of cancer, and therefore probably expect to get rid of them as a result of basic therapy (which is impossible). Patients with partial awareness of the disease mix the physical symptoms of the cancer with those of the comorbid disease (which are considered to be the main one), do not recognize the dangerous sensations, underestimate their significance and, consequently, may miss the onset of a relapse. Patients with a lack of awareness of the disease do not know what to navigate by, underestimate dangerous sensations (e.g. pain), overestimate the importance of the sensations associated with the operation (e.g. numbness), but their physical experience of the disease is similar to that of patients with full awareness, and the declared anozognosis is psychologically protective. Patients need explanatory work on differentiation of physical experience of the disease, determination of marker sensations requiring medical assistance and formation of motivation for further (postoperative) therapy.

Keywords: sensual perception of the disease, breast cancer, internal aspect of the disease, concepts of the disease, understanding of symptoms, awareness of the fact of the disease, patient's behavior, psychology of the patient

For citation: Kogoniya L.M., Nelyubina A.S., Markarova E.V., Tuntsova E.E. Sensory perception of the disease by patients depending on the degree of its awareness in breast cancer. *Meditinskiy sovet = Medical Council*. 2019;(19):84-91. (In Russ.) doi: 10.21518/2079-701X-2019-19-84-91.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

The research was carried out with the financial support of the Russian Foundation for Basic Research (RFBR) within the framework of research project No. 19-013-00945.

ВВЕДЕНИЕ

Согласно современным статистическим данным, наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости женщин в России имеют злокачественные новообразования органов репродуктивной системы (39,2%), при этом рак молочной железы (РМЖ) является ведущей онкологической патологией у женского населения (21,1%) и занимает ведущую позицию в структуре смертности (16,4%) от злокачественных заболеваний [1–3]. Злокачественные новообразования молочной железы имеют наибольший удельный вес в возрастной группе 30–59 лет. Средний возраст больных РМЖ с впервые выявленным диагнозом в РФ составил в 2017 г. 61,4 года. Отмечается рост заболеваемости: с 42,7 на 100 тыс. населения в 2007 г. до 51,9 на 100 тыс. в 2017 г., прирост заболеваемости за 10 лет составил 22,68%. При этом наблюдается снижение показателей смертности от РМЖ с 2007 по 2017 г. на 17,7%: с 17,17 до 14,24 на 100 тыс. населения. Эти данные свидетельствуют о несомненных достижениях в диагностике и лечении данного вида опухоли, что привело к значительному улучшению качества жизни больных, длительным ремиссиям даже при диссеминированных формах РМЖ [2].

Более 30 лет назад на стыке медицины, психологии и социологии была создана новая область – психоонкология (Psycho-Oncology), которая рассматривала психологические, социальные и поведенческие факторы, оказывающие влияние на заболеваемость и смертность от рака, и

эмоциональные реакции пациентов на всех стадиях заболевания [3, 4]. Позже предмет психоонкологии расширился за счет изучения факторов, оказывающих влияние на предотвращение и излечение онкопатологии, и психологических особенностей данных пациентов [4, 5].

Остановимся подробнее на современных психологических исследованиях пациенток с онкопатологией молочных желез. Данные работы преимущественно ориентированы на изучение качества жизни пациенток [6, 7], успешности их адаптации к болезни, выделение факторов низкой приверженности терапии и рекомендованному образу жизни и способов ее повышения, вопросов саморегуляции поведения и эмоционального состояния больных и членов их семей, определение психологических ресурсов в профилактике рецидивов. Многие исследования посвящены связи субъективного восприятия болезни с другими параметрами¹: психологическим дистрессом [7], тревогой и страхом рецидива [8–10] и самоэффективностью пациенток [11], саморегуляцией пациенток и совладанием с аффективными нарушениями и с самой болезнью [12, 13], алекситимией и полнотой восприятия болезни [14], осознанием наличия заболевания и возможности излечения [15], приверженностью терапии и рекомендованному образу жизни [16].

Схожие предметы и методы исследования мы находим и в современных отечественных работах: выявление

¹ Исследование данных феноменов в психоонкологии имеет длительную историю, мы указываем работы только за последние 5 лет.

симптомов посттравматического стрессового расстройства и психологического дистресса [17], факторов приверженности лечению [18] и стратегий совладающего поведения [19].

Однако в исследованиях практически не затрагивается аспект чувственного восприятия болезни. Чаще всего чувствительный уровень внутренней картины болезни считается тождественным наблюдаемым симптомам и исследуется путем предъявления перечня симптомов пациентке, из которого она должна выбрать знакомые. Не учитывается и то, каким образом появившиеся соматические ощущения интерпретируются и категоризируются пациентками (на основе чего ими принимается решение обратиться к врачу, заняться самолечением или подождать улучшения состояния, не предпринимая никаких действий). Так, если появившиеся ощущения определяют пациенткой не как признаки болезни, а как временный дискомфорт или усталость, то она может оттягивать обращение к врачу, теряя время. То же касается пациенток с РМЖ, находящихся в ремиссии, – неверная интерпретация ими своего самочувствия может привести к позднему обращению за медицинской помощью в случае рецидива или неприверженному поведению. Возможен и обратный, ипохондрический вариант восприятия болезни, когда нормальные телесные сенсации пациент интерпретирует как признаки заболевания, что побуждает его к бесконечным обращениям к врачам с их последующими безуспешными разубеждениями.

Сложность исследования чувственного опыта болезни заключается в том, что ощущения не даются человеку непосредственно, «очищенные» от его знаний и представлений о болезнях, о хорошем и плохом самочувствии, признаках заболеваний и пр. Данное исследование продолжает традицию изучения телесного опыта (особенностей вербализации и интерпретации интрацептивных (внутренних телесных) ощущений пациентов различных нозологических групп, начатую проф. МГУ А.Ш. Тхостовым и его учениками [20].

Целью исследования стало выявление того, как степень осознания факта заболевания, понимание его как угрожающего жизни, опосредует телесный опыт (чувственное восприятие болезни) пациенток с РМЖ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В исследовании приняло участие 38 пациенток с РМЖ I–III стадии, проходящих лечение в отделении торакальной хирургии и отделении химиотерапии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского. 32 пациентки находились в послеоперационном периоде, 6 – получали адъювантную (дооперационную) химиотерапию. Из них 17 пациенток находились на стационарном лечении, 21 – посещали амбулаторный прием (табл. 1).

Представления пациенток о болезни изучались при помощи клинического полуструктурированного интервью, основанного на модели Х. Левенталя. Вопросы касались причин болезни, ее проявлений, механизма разви-

● **Таблица 1.** Распределение больных по стадиям заболевания
● **Table 1.** Distribution of patients by stages of disease

Стадия	Количество больных
Без выявленного очага	1
0 стадия	1
I стадия	1
II стадия	18
III стадия	17

тия, необходимости лечения и представлений о его действии, прогноза. Опросник восприятия болезни не использовался, поскольку он навязывает пациентам определенный, ограниченный набор причин болезни. Для исследования телесного опыта болезни использовалась психосемантическая методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» [21] в авторской модификации [22]. Данная методика позволяет исследовать то, как система представлений о болезни у пациентов опосредует особенности интерпретации и классификации ими телесного опыта. Стимульный материал методики состоит из 80 слов-дескрипторов, представляющих различные части речи и описывающих телесный опыт. Задача пациента – классифицировать предложенные названия ощущений, отобрав знакомые телесные ощущения, важные (значимые), вызванные болезнью, опасные (угрожающие) и часто испытываемые.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проводился качественный и количественный анализ данных. Были использованы частотный анализ и непараметрический критерий Краскела – Уоллиса для определения различий между группами. При исследовании телесного опыта анализировался объем и состав словарей, описывающих телесный опыт болезни: словарь «знакомых телесных ощущений», «важных, значимых», «опасных, угрожающих» и «часто испытываемых ощущений». Состав словарей, описывающих телесный опыт, анализировался по тому, какие именно ощущения в него включаются и являются ли они конкретными (локализованными в теле) или диффузными. При выборке слов-дескрипторов, подходящих для описания телесного опыта болезни, пациенток просили вспомнить свои телесные ощущения, которые, по их мнению, были вызваны именно болезнью и послужили причиной для обращения за медицинской помощью, а не операцией или последующей химиотерапией.

Телесный опыт болезни пациенток с РМЖ включает как конкретные телесные ощущения (такие как «боль», «тошнота»), так и диффузные, большая часть из которых относится не к соматическим, а к переживаниям и чувствам. Определенные различия наблюдаются между пациентками, которые уже перенесли операцию и последующее лечение, и теми, кто находится на дооперационной химиотерапии: ощущения, которые выбирают паци-

ентки, перенесшие комплексное лечение, являются скорее не конкретными симптомами, а отражают общий фон их болезненного состояния.

Частотный анализ выбранных дескрипторов для описания телесного опыта болезни показал, что 81% прооперированных пациенток выбрали «тревогу» как ведущее телесное ощущение, вызванное болезнью. Высокая выраженность тревоги в структуре заболевания у данных пациенток указывает на обеспокоенность своим болезненным состоянием, риском рецидива. Интересно, что частота выбора дескриптора «тревога» у прооперированных пациенток статистически значимо выше (при $p < 0,05$), чем у не прооперированных пациенток, проходящих предварительную химиотерапию. Возможно, это связано с тем, что у пациенток, проходящих курс химиотерапии, основную озабоченность вызывает предстоящая операция и надежда, что после нее лечение закончится (приведем их высказывания: «я уже готова на операцию», «суть заболевания – это опухоль, ее надо удалить», «нужно делать «химию», идти к операции, и все будет хорошо», «лечение (химия) нужно, чтобы уменьшилась опухоль и могли сделать операцию»). Пациентки, находящиеся на химиотерапии, к ощущениям, которые связаны, по их мнению, с болезнью, относят последствия прохождения химиотерапии. Но, несмотря на болезненность этих симптомов, пациентки воспринимают их как необходимый этап в процессе лечения («лечение необходимо, чтобы почти выздороветь и вернуться к прежней жизни», «необходимо для облегчения симптомов боли, высыпаний», «лечение нужно, чтобы опухоль стала меньше»). Удаление опухоли для данной группы пациенток, вероятно, означает «финал лечения», символическое излечение, что особенно ярко проявляется в высказываниях недавно прооперированных больных. Те же пациентки, которые прошли комплексное лечение, знают, что операцией лечение заболевания не заканчивается, за этим следует длительное (не предсказуемое по продолжительности) и зачастую болезненное лечение, поддерживающая терапия (при гормонозависимых типах опухолей), ослабленное состояние, заметные косметические дефекты, ограничения в работе и даже инвалидность. Именно поэтому их ощущаемая тревога выше, чем в подгруппе пациенток, которым операция еще предстоит.

При анализе словаря «опасных ощущений», которые, по мнению пациенток, могут носить угрожающий жизни характер, были получены следующие данные: более 40% пациенток, имеющих в анамнезе и операцию, и последующую терапию, отмечают в качестве опасных ощущения слабости и тревоги. Одно только наличие субъективного переживания слабости может являться причиной для тревожных переживаний пациенток, поскольку может ими интерпретироваться как симптом болезни. Так, некоторые пациентки ретроспективно отмечают, что замечали за собой повышенную усталость, которую до постановки диагноза связывали с чем-то другим (например, переутомлением на работе), а сейчас считают ее симптомом болезни. Включение дескрипторов «тревога» и «депрессия» в «опасный» и «болезненный» телесный опыт, а

также квалификация своего состояния на основе диффузных ощущений (с преобладанием психических состояний и чувств) может послужить основой для последующего развития ипохондрического отношения к болезни, постоянных перепроверок своего состояния и частых походов к врачам.

Для пациенток, находящихся на химиотерапии, новый телесный опыт вызывает тревожные переживания и вынуждает их с осторожностью относиться к большинству новых телесных ощущений, вызванных лечением. Так, статистически достоверно чаще (при $p < 0,05$) в качестве опасных, угрожающих жизни ощущений выбираются дескрипторы «тошнота» и «слабость». При этом тошнота достоверно реже интерпретируется пациентками, прошедшими комплексное лечение, как опасное ощущение (поскольку, вероятно, становится частью их привычного самочувствия и перестает вызывать тревогу).

Мы предположили, что важной переменной, опосредующей телесный опыт болезни пациенток с РМЖ, является не только их объективное состояние и этап лечения, но и степень осознания ими факта заболевания. То есть особенности осознания болезни будут опосредовать то, как пациентки обозначают и интерпретируют свои ощущения, как они понимают, что с ними происходит. Для проверки этого предположения мы разделили выборку на 3 подгруппы по степени (уровню) осознания факта заболевания: полное, частичное (пациентки считают, что больны другим, а не онкологическим заболеванием) и отсутствие осознания (отрицание наличия заболевания, анозогнозия) (табл. 2).

● **Таблица 2.** Объем словарей телесного опыта болезни в зависимости от степени осознания факта заболевания

● **Table 2.** Volume of dictionaries of physical experience of the disease depending on the degree of awareness of the disease

Словарь ощущений \ Осознание болезни	Полное	Частичное	Отсутствует
«Важные, значимые»	25,71	20	23,75
«Болезненные»	20,42**	9,5**	15,37**
«Опасные»	8,85*	3*	6,5*
«Частые»	12,85	5,33	6
«Ушедшие»	6,85	3,83	8,25

Знаком (*) отмечены показатели, по которым найдены статистически значимые различия (при $p < 0,05$). Знаком (**) отмечены показатели, по которым наблюдается тенденция к проявлению закономерности. В данном случае это $p = 0,052$.

При анализе результатов данные подгруппы обнаруживают статистически значимые отличия по следующим параметрам: а) объем словарей – в группе с полным осознанием болезни объем словаря ощущений, связанных с болезнью, больше, чем в остальных группах. Это объясняется тем, что осознание болезни обуславливает более выраженную дифференциацию внутренних телесных ощущений и делает внутреннюю картину болезни более развернутой и продуманной. При этом «болезненный»

словарь у пациенток с отсутствующим осознанием болезни шире, чем в группе пациенток с частичным осознанием. Аналогичную картину можно наблюдать и для словаря «опасных» ощущений. Для пациенток с частичным осознанием болезни свойственна выраженная редукция словаря опасных ощущений в сравнении с группой полного и отсутствующего осознания (при $p < 0,05$).

Следующий параметр, по которому были найдены статистически значимые отличия, это состав словарей ощущений, связанных с болезнью, и опасных ощущений в каждой из подгрупп (рис. 1).

Итак, более половины пациенток с полным осознанием болезни выбрали такие дескрипторы для описания своего самочувствия, как: «боль», «усталость», «онемение», «слабость», «покалывание», «депрессия», «отчаяние», «тревога», «страдание», «ломота» и «тошнота». Среди них есть дескрипторы, описывающие как телесные ощущения, так и психические состояния и чувства. Часть из них является конкретными ощущениями (боль, онемение, покалывание, ломота, тошнота), а другая – диффузными (слабость, усталость, тревога, депрессия, страдание). Среди «диффузных» дескрипторов преобладают те, которые отражают психическое состояние и чувства. Можно сказать, что телесные и эмоциональные переживания пациенток смешиваются. Причем некоторые ощущения вроде боли, тошноты, онемения и покалывания связывались пациентками не с самой болезнью, а с последствиями операций (мастэктомия и расширенная радикальная мастэктомия) и проводимым лечением. Выбранные ощущения являются скорее не конкретными симптомами, а общим болезненным фоном состояния пациенток.

Для группы пациенток с частичным осознанием болезни характерна наибольшая выраженность «диффузных» дескрипторов, включающих и телесные ощущения, и эмоциональные состояния: тревога, слабость, депрессия. Так же в их словаре «болезненных» ощущений отмечаются конкретные телесные ощущения, вероятно, связанные с онкологическим заболеванием (боль, онемение), и конкретные телесные ощущения, которые не имеют непосредственного отношения к основному забо-

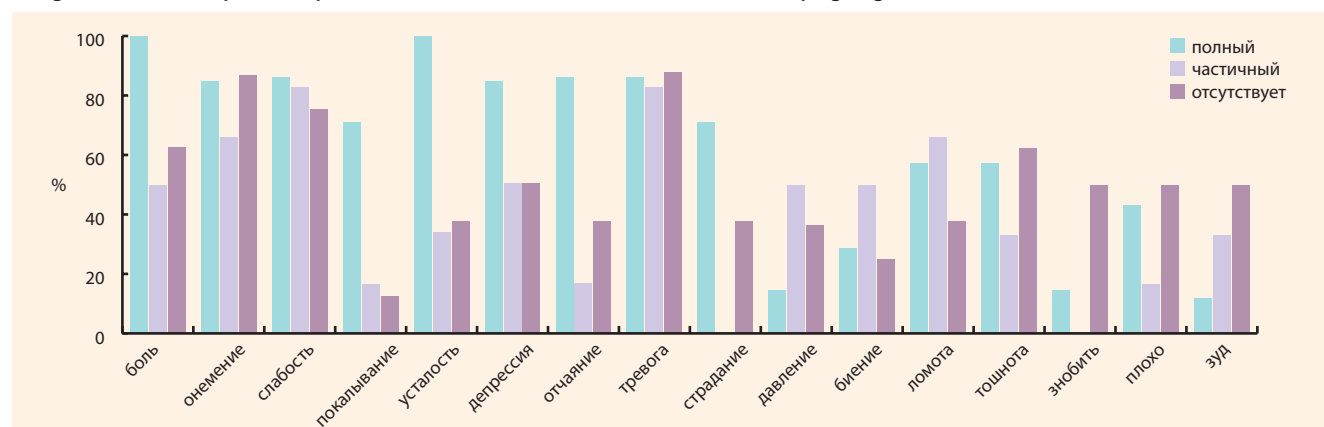
леванию (давление, биение). В основном дескрипторы «давление» и «биение» интерпретировались пациентками, как связанные с артериальным давлением и биением сердца. Отметим, что внутренняя картина болезни данных пациенток искажена (они считали себя больными другим заболеванием), поэтому они выделяли в своем телесном опыте ощущения, характерные для других соматических заболеваний и нервно-психических расстройств.

Особая ситуация складывается в группе пациенток, где полностью отсутствует осознание болезни. Чаще всего выбираются такие дескрипторы, как «тревога» и «онемение». При этом более половины пациенток отмечают у себя такие ощущения, как «боль», «слабость», «тошнота», что близко к картине, свойственной группе с полным осознанием болезни. Половина пациенток из этой подгруппы отмечает также такие ощущения, как «депрессия», «зуд», «знобить», «плохо». Последние (кроме депрессии) встречаются в первых двух подгруппах пациенток статистически значимо реже (при $p < 0,05$) либо же не встречаются вообще. Вероятно, это связано с тем, что большинство пациенток, включенных в подгруппу отсутствующего осознания болезни, стационарные больные, которые были совсем недавно прооперированы, а сами эти ощущения связаны с последствиями проведенной операции.

Итак, для всех трех подгрупп пациенток отмечается смешение эмоциональных состояний, чувств и телесных ощущений. Словарь болезненных ощущений для группы с полным осознанием болезни и отсутствующим примерно равен по объему, но в составе наблюдаются различия, которые, вероятно, обусловлены недавней операцией и ее последствиями.

Как уже указывалось ранее, «анозогностичность» онкологических больных не снимает тревожных и депрессивных переживаний. Можно предположить, что сильная тревога, которую переживают стационарные пациентки, активирует более выраженное действие психологических защитных механизмов, чем в случае с пациентками, имеющими частичное осознание болезни. Переживая характерные «болезненные симптомы», они не считают,

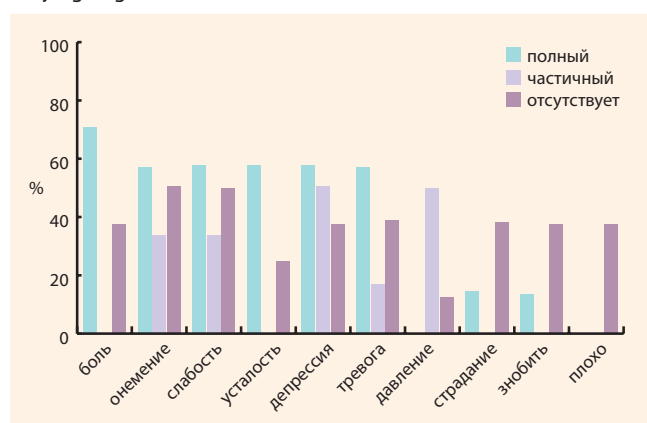
● **Рисунок 1.** Словарь телесных ощущений, связанных с болезнью при разной степени осознания факта заболевания
● **Figure 1.** Dictionary of bodily sensations associated with the disease with varying degrees of awareness of the disease



что больны, «не чувствуют, что больны» или сомневаются в этом. Так, одна пациентка во время исследования продемонстрировала выраженные эмоциональные реакции, не могла сдержать слез, но на вопрос, считает ли она себя больной, ответила, что уже ничем не болеет. Другая пациентка 52 лет ответила, что «болезнь для нее в прошлом». Отметим, что многие пациентки с отсутствующим осознанием факта заболевания на момент психологического исследования еще не знали результатов гистологического исследования и находились в ситуации неопределенности (рис. 2).

● **Рисунок 2.** Словарь опасных телесных ощущений при разной степени осознания факта заболевания

● **Figure 2.** Dangerous bodily sensations vocabulary with varying degrees of awareness of the disease



Итак, более половины пациенток с полным осознанием болезни выбрали в качестве опасных такие дескрипторы, как: «боль», «онемение», «слабость», «усталость», «депрессия» и «тревога». Большая часть выбранных опасных ощущений диффузны, нечетко локализованы в теле и плохо дифференцированы. Они описывают общий болезненный фон состояния пациенток. Отмечается также смешение психических состояний и телесных ощущений. Данные факты свидетельствуют в пользу того, что «чувственная ткань» болезни для пациенток с РМЖ в целом слабо дифференцирована и преобладающими являются тревожные переживания.

Около половины пациенток с частичным осознанием болезни отметили в качестве опасных такие дескрипторы, как «депрессия» и «давление». Причем дескриптор «давление» преимущественно связывался пациентками с артериальным давлением. Менее половины пациенток выбрали такие ощущения, как: «онемение», «слабость» и «тревога». Данные пациентки считают, что больны не онкологическим, а другим заболеванием, и не интерпретируют переживаемые ощущения как возможные проявления РМЖ. Они связывают эти ощущения с другим заболеванием, и это формирует риск того, что возможные признаки возвращения онкологии будут ими проигнорированы, пациентки не пройдут своевременно обследование и не обратятся за помощью, ухудшив тем самым прогноз.

Отметим, что в подгруппе пациенток с отсутствующим осознанием болезни состав «болезненного» словаря по содержанию очень схож с таковым в группе полного осознания факта заболевания (более половины пациенток отмечают у себя такие ощущения, как: боль, слабость, тошнота, наиболее часто встречаются «тревога» и «онемение»). Но, несмотря на объемный словарь болезненных ощущений, пациентки из данной подгруппы выбрали в качестве опасных лишь ощущения слабости и онемения. Данные ощущения связывались ими с последствиями операции. Признаки болезни для этих пациенток очень разнообразны, поскольку они берут «болезненный» опыт из периода до лечения, из операции и ее последствий, что и приближает их телесный опыт к опыту болезни пациенток с полным осознанием факта заболевания. Вероятно, для данных пациенток проведение операции, удаление опухоли могло символически означать «избавление», т. е. окончание течения заболевания, потому концепция болезни видоизменилась. Пациентки преувеличивают эффект операции и полагают, что полностью избавились от заболевания. Отсутствие опыта последующего лечения у стационарных больных или же его отрицание/искажение вследствие работы механизмов психологических защит у амбулаторных пациенток отражается в выраженной редукции словаря опасных ощущений. Неоднородность выбранных дескрипторов в данной группе указывает на то, что данным пациенткам не вполне понятно, на какие ощущения стоит ориентироваться для квалификации своего состояния.

В дальнейшем исследовании для контроля независимых переменных, способных изменить телесный опыт пациенток, планируется четко выделить 3 группы сравнения: пациенток с РМЖ, прошедших предварительную химиотерапию, пациенток с РМЖ, прошедших комплексную терапию (операция и химиотерапия) и пациенток с функциональным заболеванием (фиброзно-кистозная мастопатия), направленных на дифференциальную диагностику с онкопатологией.

ВЫВОДЫ

1. Телесный опыт болезни пациенток с РМЖ отличается в зависимости от степени осознания ими факта заболевания по следующим параметрам: объем и состав словарей интрацептивных ощущений, используемых для описания телесного опыта болезни и опасных, угрожающих жизни ощущений. Пациентки по-разному интерпретируют свои болезненные ощущения в зависимости от того, как они объясняют себе, что с ними происходит.
2. Для пациенток с полным осознанием факта заболевания характерно наличие как конкретных, локализованных телесных ощущений, так и диффузных, генерализованных маркеров общего болезненного состояния, которое описывается и при помощи психических переживаний (чувств и переживаний). Доминирующими являются тревожные и депрессивные переживания. Поскольку данные пациентки счи-

тают тревогу и депрессивные переживания симптомами РМЖ, то, вероятно, они будут ожидать избавления от них в результате основной терапии. Таким пациентам необходима психотропная поддержка и консультация клинического психолога.

3. Пациентки с частичным осознанием болезни смешивают конкретные телесные симптомы РМЖ и сопутствующего заболевания (которое они считают основным). Они не распознают опасные ощущения, недооценивают их значимость и, следовательно, могут пропустить начало рецидива. Такие пациентки требуют разъяснительной работы по дифференциации телесного опыта болезни, определения ощущений-маркеров, сигнализирующих об ухудшении состояния и требующих обращения за медицинской помощью.
4. Пациентки с отсутствующим осознанием факта заболевания не знают, на какие ощущения стоит ориентироваться, и недооценивают опасные ощущения.

Наряду с тем, что болезненные ощущения категоризируются ими несколько разнообразнее, чем в других подгруппах пациенток, они недооценивают опасность важных ощущений (например, боли) и переоценивают значимость ощущений, связанных с последствиями операции (например, онемение). Тем не менее их телесный опыт болезни похож на опыт болезни пациенток с полным осознанием болезни, а факт декларируемой анозогнозии носит характер психологической защиты. Такие пациентки также требуют разъяснительной работы по дифференциации телесного опыта болезни, определению ощущений-маркеров, сигнализирующих об ухудшении состояния, и формированию мотивации на дальнейшую (постоперационную) терапию.



Поступила / Received 21.08.2019
Отрецензирована / Review 06.09.2019
Принята в печать / Accepted 12.09.2019

Список литературы

1. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. *Злокачественные новообразования в России в 2017 году (заболеваемость и смертность)*. М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России; 2018. Режим доступа: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2017.pdf.
2. Когония Л.М., Федотов А.Ю. Социологический опрос онкологических больных с целью выявления проблем в лечебном процессе. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;(2):42-43. Режим доступа: <https://socionet.ru/d/spz:cyberleninka:11856:15809492/http://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskiy-opros-onkologicheskikh-bolnykh-s-tselyu-vyyavleniya-problem-v-lechebnom-protsesse>.
3. Когония Л.М. Анализ заболеваемости злокачественными новообразованиями в CAO и СЗАО Москвы (в сравнении с Россией и Москвой). *Социальные аспекты здоровья населения*. 2012;3(25):5. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17826412>.
4. Holland J.C. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology*. 2018;27:1364–1376. doi: 10.1002/pon.4692.
5. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б., Леоненкова С.А. Психологические исследования в онкологии. *Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология*. 2015;8(3):28-35. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24258849>.
6. Холланд Дж., Ривкина Н.М. Психонкология. История развития. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;(1):14-23. Режим доступа: <http://psyjournals.ru/en/mpj/2014/n1/68553.shtml>.
7. Федотов А.Ю., Когония Л.М. Социологический опрос онкологических больных – один из критериев оценки медицинской помощи. *Социальные аспекты здоровья населения – электронный журнал*. 2011;(4). Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/327/30/lang.ru/>.
8. Lan M., Zhang L., Zhang Y., Yan J. The relationship among illness perception, coping and functional exercise adherence in Chinese breast cancer survivors. *J Adv Nurs*. 2019;75:75–84. doi: 10.1111/jan.13832.
9. Götz H., Taubenheim S., Dietz A., Lordick F., Mehnert-Theuerkauf A. Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult longterm cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2019;1–9. doi: 10.1002/pon.5188.
10. Saritas S.C., Özdemir A. Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspect Psychiatr Care*. 2018;54:380–385. doi: 10.1111/ppc.12265.
11. Freeman-Gibb L.A., Janz N.K., Katapodi M.C., Zikmund-Fisher B.J., Northouse L. The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*. 2017;26(9):1270–1277. doi: 10.1002/pon.4143.
12. Shim E.-J., Lee J.W., Min Y.H. Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-Oncology*. 2018;27(2):539–547. doi: 10.1002/pon.4532.
13. Richardson E.M., Schütz N., Sanderson K., Scott J.L., Schütz B. Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology*. 2017;26(6):724–737. doi: 10.1002/pon.4213.
14. Hopman P., Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology*. 2015;24(1):11–18. doi: 10.1002/pon.3591.
15. Okanli A., Karabulutlu E.Y., Asi Karakas S., Şahin Altun Ö., Yildirim N. Alexithymia and perception of illness in patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2018;27(3):e12839. doi: 10.1111/ecc.12839.
16. Yennurajalingam S., Rodrigues L.F., Shamieh O., Tricou C., Filbet M., Naing K., Ramaswamy A., Perez-Cruz P.E., Bautista M.J., Bunge S., Muckaden M.A., Sewram V., Fakrooden S., Noguera-Tejedor A., Rao S.S., Liu D., Park M., Williams J.L., Lu Z., Cantu H., Hui D., Reddy S.K., Bruera E. Perception of Curability Among Advanced Cancer Patients: An International Collaborative Study. *Oncologist*. 2018;23(4):501-506. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0264.
17. Moon Z., Moss-Morris R., Hunter M.S., Hughes L.D. Understanding tamoxifen adherence in women with breast cancer: A qualitative study. *Br J Health Psychol*. 2017;22(4):978-997. doi: 10.1111/bjhp.12266.
18. Тарабрина Н.В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями. *Консультативная психология и психотерапия*. 2014;(1):40-63. Режим доступа: <http://psyjournals.ru/en/mpj/2014/n1/68554.shtml>.
19. Сирота Н.А., Москвиченко Д.В., Ялтонский В.М. Психологические факторы приверженности лечению пациенток, страдающих раком молочной железы. *Ремедиум*. 2013;(11):16-20. doi: 10.21518/1561-5936-2013-11-16-20.
20. Тхостов А.Ш. *Психология телесности*. М.: Смысл; 2002.
21. Tkhostov A., Nelyubina A. Illness perceptions in patients with coronary heart disease and their doctors. *Procedia - social and behavioral sciences*. 2013;86:574–577. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.08.616.
22. Тхостов А.Ш., Елшанский С.П. Методическое пособие по применению теста «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» для исследования особенностей вербализации внутреннего опыта. М.: МГУ; 2003.

References

1. Kaprin A.D., Starinskij V.V., Petrova G.V. *Malignant neoplasms in Russia in 2017 (morbidity and mortality)*. Moscow: P. A. Hertsen Moscow Oncology Research Center - branch of FSBI NMRR of the Ministry of Health of the Russian Federation; 2018. (In Russ.). Available at: http://www.oncology.ru/service/statistics/malignant_tumors/2017.pdf.
2. Kogoniya L.M., Fedotov A.Yu. The sociologic survey of oncologic patients for the purpose to identify the treatment process problems. *Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniya*

- i istorii meditsiny = The journal covers theoretical issues of social hygiene.* 2012;(2):42-43. (In Russ.). Available at: <https://socionet.ru/d/spz/cyberleninka:11856:15809492/http://cyberleninka.ru/article/n/sotsiologicheskiy-opros-onkologicheskikh-bolnykh-s-tselyu-vyyavleniya-problem-v-lechebno-m-protsesse>.
3. Kogoniya L.M. Survey of cancers morbidity in the Northern and North-Western administrative districts of Moscow in comparison with all-Moscow and all-Russian values. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social aspects of population health.* 2012;3(25):5. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17826412>.
 4. Holland J.C. Psycho-oncology: Overview, obstacles and opportunities. *Psycho-Oncology.* 2018;27:1364–1376. doi: 10.1002/pon.4692.
 5. Vagaytseva M.V., Chulkova V.A., Karpova E.B., Leonenkova S.A. Psychological research in oncology. *Vestnik YuUrGU. Seriya «Psikhologiya» = Bulletin of the South Ural State University. Ser. Psychology.* 2015;8(3):28-35. (In Russ.). Available at: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24258849>.
 6. Holland Dzh., Rivkina N.M. Psychosocial approach in clinical oncology. The history and progress. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling psychology and psychotherapy.* 2014;(1):14-23. (In Russ.). Available at: <http://psjournals.ru/en/mpj/2014/n1/68553.shtml>.
 7. Fedotov A.Yu., Kogoniya L.M. Sociologic opinion poll among oncology patients: one of criteria of evaluation of provided medical care. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya = Social aspects of population health.* 2011;(4). (In Russ.). Available at: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/327/30/lang.ru/>.
 8. Lan M., Zhang L., Zhang Y., Yan J. The relationship among illness perception, coping and functional exercise adherence in Chinese breast cancer survivors. *J Adv Nurs.* 2019;75:75–84. doi: 10.1111/jan.13832.
 9. Götze H., Taubenheim S., Dietz A., Lordick F., Mehnert-Theuerkauf A. Fear of cancer recurrence across the survivorship trajectory: Results from a survey of adult longterm cancer survivors. *Psycho-Oncology.* 2019;1–9. doi: 10.1002/pon.5188.
 10. Saritas S.C., Özdemir A. Identification of the correlation between illness perception and anxiety level in cancer patients. *Perspect Psychiatr Care.* 2018;54:380–385. doi: 10.1111/ppc.12265.
 11. Freeman-Gibb L.A., Janz N.K., Katapodi M.C., Zikmund-Fisher B.J., Northouse L. The relationship between illness representations, risk perception and fear of cancer recurrence in breast cancer survivors. *Psycho-Oncology.* 2017;26(9):1270–1277. doi: 10.1002/pon.4143.
 12. Shim E.-J., Lee J.W., Min Y.H. Does depression decrease the moderating effect of self-efficacy in the relationship between illness perception and fear of progression in breast cancer? *Psycho-Oncology.* 2018;27(2):539–547. doi: 10.1002/pon.4532.
 13. Richardson E.M., Schütz N., Sanderson K., Scott J.L., Schütz B. Illness representations, coping, and illness outcomes in people with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Psycho-Oncology.* 2017;26(6):724–737. doi: 10.1002/pon.4213.
 14. Hopman P., Rijken M. Illness perceptions of cancer patients: relationships with illness characteristics and coping. *Psycho-Oncology.* 2015;24(1):11–18. doi:10.1002/pon.3591.
 15. Okanlı A., Karabulutlu E.Y., Asi Karakaş S., Şahin Altun Ö., Yıldırım N. Alexithymia and perception of illness in patients with cancer. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2018;27(3):e12839. doi: 10.1111/ecc.12839.
 16. Yennurajalingam S., Rodrigues L.F., Shamieh O., Tricou C., Filbet M., Naing K., Ramaswamy A., Perez-Cruz P.E., Bautista M.J., Bunge S., Muckaden M.A., Sewram V., Fakroodien S., Noguera-Tejedor A., Rao S.S., Liu D., Park M., Williams J.L., Lu Z., Cantu H., Hui D., Reddy S.K., Bruera E. Perception of Curability Among Advanced Cancer Patients: An International Collaborative Study. *Oncologist.* 2018;23(4):501-506. doi: 10.1634/theoncologist.2017-0264.
 17. Moon Z., Moss-Morris R., Hunter M.S., Hughes L.D. Understanding tamoxifen adherence in women with breast cancer: A qualitative study. *Br J Health Psychol.* 2017;22(4):978-997. doi: 10.1111/bjhp.12266.
 18. Tarabrina N.V. Posttraumatic stress among cancer patients. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling psychology and psychotherapy.* 2014;(1):40-65. (In Russ.). Available at: <http://psjournals.ru/en/mpj/2014/n1/68554.shtml>.
 19. Sirota N.A., Yaltonskij V.M., Moskovchenko D.V. Psychological factors of adherence to treatment in patients with breast cancer. *Remedium = Remedium.* 2013;(11):16-20. (In Russ.) doi: 10.21518/1561-5936-2013-11-16-20.
 20. Tkhostov A.S.H. *Psikhologiya telesnosti = Psychology of physicality.* Moscow: Meaning; 2002. (In Russ.)
 21. Tkhostov A., Nelyubina A. Illness perceptions in patients with coronary heart disease and their doctors. *Procedia - social and behavioral sciences.* 2013;86:574–577. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.08.616.
 22. Tkhostov A.S.H., Elshanskiy S.P. Metodicheskoye posobiye po primeneniyu testa «Vybór deskriptorov intrateptivnykh oshchushcheniy» dlya issledovaniya osobennostey verbalizatsii vnutrennego opyta = Methodological manual on the application of the test «Choice of descriptors of intrateptual sensations» to study the peculiarities of verbalization of internal experience. Moscow: MSU; 2003. (In Russ.)

Информация об авторах:

Когония Лали Михайловна, д.м.н., профессор кафедры онкологии и торакальной хирургии факультета усовершенствования врачей, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»: 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корпус 1; e-mail: lali51@yandex.ru

Нелюбина Анна Сергеевна, к.психол.н., доцент кафедры клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; доцент кафедры нейро- и патопсихологии взрослых, Негосударственное образовательное частное учреждение высшего образования «Московский институт психоанализа»; 121170, Россия, Москва, Кузцовский проспект, д. 34, стр. 14; e-mail: nelubina-anna@mail.ru

Маркарова Екатерина Васильевна, к.м.н., врач-онколог, клинико-диагностический центр, факультет усовершенствования врачей, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Московской области «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, корпус 1; e-mail: katemarkarova@mail.ru,

Тунцова Екатерина Евгеньевна, студентка факультета клинической психологии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 127473, Россия, Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1; e-mail: kudrytyan@gmail.com

Information about the authors:

Lali M. Kogoniya, Dr. of Sci. (Med), Professor of the Department of Oncology and Thoracic Surgery at the Faculty of Advanced Medical Education, State Budgetary Institution of Public Health of the Moscow Region «M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute»: 61/2, Schepkin St., Moscow, 129110, Russia; e-mail: lali51@yandex.ru

Anna S. Nelyubina, Cand. of Sci. (Psy), Associate Professor of the Department of Clinical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Health of the Russian Federation; 20/1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia; Associate Professor of the Department of Neuro- and Pathopsychology of Adults, Non-state Educational Private Institution of Higher Education «Moscow Institute of Psychoanalysis»; 34/14, Kutuzovskiy Prospekt, Moscow, 121170, Russia; e-mail: nelubina-anna@mail.ru

Ekaterina V. Markarova, Cand. of Sci. (Med), Oncologist, Clinical and Diagnostic Center, Faculty of Advanced Training of Physicians, State Budgetary Institution of Public Health of the Moscow Region «M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research and Clinical Institute»: 61/2, Schepkin St., Moscow, 129110, Russia; e-mail: katemarkarova@mail.ru

Ekaterina E. Tuntsova, student of the Faculty of Clinical Psychology, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Moscow State University of Medicine and Dentistry» of the Ministry of Health of the Russian Federation; 20, b. 1, Delegatskaya St., Moscow, 127473, Russia; e-mail: kudrytyan@gmail.com