

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ, И ИХ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ БРАКОМ

Грицевич Т.Д., кандидат психол. наук, доцент
Черных И.Д., магистр психологии

Ключевые слова: *личность женщин с онкозаболеваниями, удовлетворенность браком, экстраверсия, нейротизм, темперамент, психоэмоциональный стресс.*

В статье освещаются особенности личности женщин с диагнозом рака молочной железы. Приводятся данные по методике Г.Айзенка EPI, различия по контрольной и экспериментальной группам по шкалам «Экстраверсия», «Нейротизм», «Темперамент». Приводятся данные по удовлетворенности-неудовлетворенности браком, по наличию массированных стрессовых ситуаций в анамнезе исследуемых женщин, как возможных косвенных факторов, приводящих к развитию онкозаболевания.

This paper deals with the peculiarities of a female person with breast cancer. The data are according to G. Eysenk EPI. There are given differences in control and experimental groups according to the scales "Extraversion", "Neurotism", "Temperament". There are given data on satisfaction-dissatisfaction with marriage, the presence of massed stress situations in the history of women under investigation which might be indirect factors resulting in oncodisease developing.

Активное содействие человеку в достижении гармонии психического и телесного здоровья является в настоящее время актуальной проблемой. Знание факторов, способствующих возникновению и развитию заболеваний, может помочь в сохранении здоровья.

Проблема онкологических заболеваний всегда вызывала обостренный интерес у исследователей. В последнее время онкологические заболевания все чаще относят к числу психосоматических, иначе говоря, признается воздействие не только физических, физиологических факторов на развитие опухолевых процессов, но и психологических, психосоциальных. При этом отмечается, что в анамнезе практически у всех онкобольных встречаются трудные, порой экстремальные жизненные ситуации, которые сопровождаются переживаниями интенсивного (травматического) стресса.

Особенно это касается женщин с диагнозом «рак молочной железы». Рак молочной железы (РМЖ) в настоящее время находится на первом месте среди онкологических заболеваний. Женщины, в жизни которых имелись массированные стрессовые ситуации, или которые продолжают испытывать каждодневный стресс, в том числе и на работе, имеют риск заболеть раком груди в 3,7 раза выше, чем те, у кого нет таких психогенных факторов в анамнезе [7]. Изучены факторы, которые оказывают наибольшее травмирующее воздействие на психику человека и, соответственно, на

развитие опухолевого процесса, – это случаи потери близких людей, беспомощность, хроническая депрессия, низкий уровень социальной поддержки [6]. Во многих широкомасштабных популяционных исследованиях авторами было выявлено, что такие стрессовые события как развод, смерть мужа, близких людей или друга могут оказывать влияние на развитие рака молочной железы [8, 9].

В психологических исследованиях, посвященных проблемам семьи, удовлетворенность браком рассматривается как одна из важнейших. Брачная жизнь в целом должна давать индивиду заряд положительных чувств и эмоций, которые ощутимо влияют на стабильность психики, на удовлетворенность жизнью вообще. Удовлетворенность супружескими взаимоотношениями во многом зависит от того, в какой мере и степени каждый из супругов испытывает чувство радости, удовольствия от совместной жизни [3; 5].

Вместе с тем, неудовлетворенность браком является одним из сильнейших стрессоров, часто приводящих к психосоматическим нарушениям. Если проследить развитие «физического» заболевания достаточно далеко и глубоко, то неизбежно найдутся внутриспихические, внутриличностные и социальные переменные, которые также внесли вклад в появление подобных нарушений. Отсутствие удовлетворения базовых потребностей в безопасности и защите, в принадлежности, в любви, уважении, самоуважении, идентичности, а также потребности в самореализации ведет к нездоровью и дефицитарным болезням [3; 5]. Брак, семья, дети, отношения с супругом являются для большинства женщин главнейшими ценностями, своеобразной доминантой и смыслом их жизни. Поэтому разрушение этих ценностей вызывает у них сильное эмоциональное потрясение, временную утрату ориентиров в жизни, и даже потерю смысла жизни что, по мнению многих авторов, является одной из основных причин возникновения онкологических заболеваний.

Учитывая исключительно «женский» характер заболевания РМЖ, нам представляется важным изучить удовлетворенность браком женщин, как один из возможных факторов, влияющих на нарушение психического равновесия и, как следствие, косвенно спровоцировавших развитие опухолевого процесса. Влияние психоэмоционального стресса распространяется на все уровни организма человека и создает определенные условия для возникновения новообразований. Противостоять стрессу или, напротив, позволять ему оказывать разрушительное воздействие на организм человека может система стабилизации личности, более известная как психологическая защита личности. Именно она устраняет или сводит к минимуму отрицательные эмоции, тревогу, напряжение, которые возникают в результате психотравмирующих переживаний [1].

Также в исследовании изучались особенности личности пациенток с диагнозом РМЖ. В частности, исследованы уровень экстравертированности и нейротизма, тип темперамента.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие две группы испытуемых: 70 пациенток РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова, имеющих злокачественные новообразования молочной железы в I-II стадиях развития опухолевого процесса, которые составили экспериментальную группу. Средний возраст – 46 ± 3 года (40-50 лет), высшее образование у 31 пациентки, среднее и среднее специальное у 39 человек.

Контрольная группа включала 70 здоровых лиц (женщин). Средний возраст условно здоровых женщин 43 ± 5 лет (40-50 лет), высшее образование у 35 человек, среднее специальное у 35 женщин.

В исследовании были использованы следующие методики: личностный опросник Г. Айзенка ЕРІ [2], методика определения уровня депрессии В.А. Жмурова [2], опросник удовлетворенности браком В.В. Столина, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко [4], опросник О.В. Бухтоярова и А.Е. Архангельского «Ваше мнение» [1].

Результаты и обсуждение

Результаты психодиагностического исследования по опроснику Г. Айзенка показали, что по шкале «Экстравертированность» более половины исследованных женщин с РМЖ (54,3%) относятся к интровертированному типу. К неопределенному – 34,3%, и к потенциально экстравертированному – 11,4%.

В контрольной группе к интровертированному типу можно отнести 10 % женщин; к потенциально экстравертированному и к экстравертированному – 57,2%; к неопределенному типу относится 32,8% испытуемых. Значимость различий по группам по критерию Фишера составляет $F = 67,7$ ($p < 0,05$).

Эти результаты могут означать, что пациенткам с РМЖ присущ более замкнутый образ жизни, неспособность открыто выражать свои чувства и эмоции, нежелание поделиться своими проблемами, склонность более глубоко и остро переживать какие-либо события. Здоровые испытуемые более открыто общаются с окружающими людьми, они могут свободно выражать свои чувства, испытывают больше положительных эмоций.

По шкале «Нейротизм» более трети исследованных женщин с РМЖ (37,2%) эмоционально нестабильны, 31,4% – характеризуются высокой эмоциональной стабильностью, 31,4% – средней эмоциональной стабильностью. В контрольной группе женщин наблюдается иное распределение: 55,7% исследованных характеризуются высокой эмоциональной стабильностью, 28,6% – средней эмоциональной стабильностью, 15,7% – эмоционально нестабильны. Значимость различий по группам по критерию Фишера составляет $F = 13,7$ ($p < 0,05$).

Установлено, что эмоциональная стабильность способствует хорошему самочувствию, нормальному (полезному) уровню тревожности, адекватному реагированию на стресс, и в результате – сохранению здоровья. В то же время эмоциональная нестабильность может привести к развитию невроза, к невротическому срыву или к психосоматическому заболеванию, в данном случае – к онкологическому.

По шкалам «Экстравертированность» и «Нейротизм» было получено распределение по типам темперамента в группах испытуемых. Почти половина (51,4%) пациенток с РМЖ имеет меланхолический тип темперамента. 18,6% пациенток относятся к флегматическому типу темперамента, 15,7% – к холерическому и 14,3% – к сангвиническому.

В контрольной группе женщин – 35,7% относятся к флегматическому типу темперамента. По трем другим типам темперамента – меланхолическому, холерическому и сангвиническому получены почти идентичные показатели – приблизительно по 20% испытуемых.

Психодиагностическое исследование удовлетворенности браком выявило следующее: больше половины всей выборки испытуемых (60,0%), имеющих злокачественные новообразования, в той или иной мере оценивают свои отношения с супругом как неблагоприятные (в том числе: как скорее неблагоприятные (15,8%), неблагоприятные и абсолютно неблагоприятные (44,2%)). Вместе с тем 38,6% пациенток с онкопатологией считают свои взаимоотношения в браке в целом благополучными (в том числе: скорее благополучными (11,4%), благополучными и абсолютно благополучными (27,2%)). Средняя степень удовлетворенности браком диагностирована у 1,4% женщин с РМЖ (переходные отношения).

В контрольной же группе благополучные и абсолютно благополучные отношения с супругом выявлены у 58,6% здоровых испытуемых, и скорее благополучные – у 8,6%. Кроме того, гораздо меньше женщин из этой группы (34,3%) указали, что они не удовлетворены своим браком.

Таким образом, можно констатировать, что более половины заболевших женщин (экспериментальная группа) имеют неблагоприятные отношения с супругом и они в меньшей степени удовлетворены браком. Между нейротизмом и удовлетворенностью браком в группе онкобольных выявлена средняя обратнопропорциональная связь. Коэффициент корреляции $r=-0,41$ ($p\leq 0,01$). В группе здоровых испытуемых также выявлена слабая отрицательная связь. Коэффициент корреляции $r=-0,17$ ($p\leq 0,05$). Это может означать, что при более высокой эмоциональной устойчивости индивида диагностируется большая степень удовлетворенности браком. Иначе говоря, чем ниже нейротизм, тем выше удовлетворенность браком.

Также одной из задач нашего исследования было выявление влияния психоэмоционального стресса на возникновение онкологического заболевания. Для решения данной задачи мы использовали бланковый опросник «Ваше мнение», разработанный А.Е. Архангельским и

О.В. Бухтояровым. Авторами было исследовано 837 больных с различными диагнозами злокачественных опухолей. Из этого числа больных 489 человек (58,4%) указали на психогенные факторы, которые явились главными причинами развития злокачественных опухолей. Обращает на себя внимание тот факт, что в полученной выборке явно преобладало количество больных раком молочной железы – 344 (41,1%) над всеми остальными видами злокачественных опухолей [1]. Поскольку мы исследовали женщин именно с раком молочной железы, логично было проследить, связывают ли наши пациентки возникновение своего заболевания с психогенными факторами.

Опросник «Ваше мнение» содержит один вопрос, обычно задаваемый пациенткам при сборе анамнеза заболевания: «Как вы считаете, с чем может быть связано развитие вашего заболевания?», на который предлагается 7 вариантов ответа. Каждый вариант имеет свою балльную оценку. Диапазон 3-6 баллов указывает на существование, по мнению больных, связей развития злокачественной опухоли с психогенными причинами, а диапазон 0-2 свидетельствует об отсутствии таких связей. Кроме того, пациенткам предлагалось кратко указать стрессовые события (если таковые имелись в анамнезе), ощущения в тот период и отметить, через какое время после стресса, по их мнению, развилось заболевание.

Анализ полученных ответов показал, что 59 пациенток связывают возникновение и развитие заболевания с пережитыми стрессовыми ситуациями. Среди перечисленных стрессовых событий 28 пациенток указывают на разрыв отношений с мужем, измену, развод. С болезнью и смертью близких людей (родителей, детей, родственников) связывают возникновение заболевания 19 пациенток. На стрессовые ситуации, возникавшие на работе, (возможная ее внезапная потеря, чрезмерные психоэмоциональные нагрузки) указали 12 пациенток. Не связывают свое заболевание со стрессовыми ситуациями 11 женщин, в анамнезе у которых имеются другие причины возникновения заболевания (наследственный фактор, ушибы, удары).

Испытуемые контрольной группы, не имеющие онкозаболеваний, со стрессом связывали появление артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка, бронхиальной астмы, заболевания щитовидной железы, сердечных приступов, стойких головных болей. Фактически все перечисленные заболевания могут быть отнесены к категории психосоматических. Полученные данные представлены в таблице.

Таблица – Изучение психогенеза онкозаболевания

Группы испытуемых	Связь со стрессовыми ситуациями			
	Причины стрессовых ситуаций (%)			
	Разрыв отношений, измена, развод	Болезнь и смерть близких (родителей, детей, родственников)	Стрессовые ситуации на работе (возможная потеря работы, чрезмерные	Нет связи со стрессовыми ситуациями

			психоэмоциональные нагрузки)	
Больные N=70	40,0	26,6	17,1	15,7
Здоровые N=70	26,7	16,7	43,3	13,3

Согласно данным таблицы, почти каждая третья опрошенная пациентка (28 человек) связывает возникновение опухолевого заболевания с неблагоприятными отношениями в семье, изменой мужа, разводом, разрывом отношений. Более половины всех опрошенных (66,6% от числа всех опрошенных) причинами возникновения болезни считают именно стрессовые ситуации, происходящие в семейной жизни – болезнь и потеря близких людей, а также разрыв отношений и развод.

В качестве примеров можно привести наиболее характерные высказывания пациенток.

1. Больная Н.М.В., 41г.

Стрессовые события и их продолжительность:

1) 7 лет назад – инсульт у отца, 4 мес. назад – сломал шейку бедра, лежит, не ходит.

2) 2006 г. маму сбила машина – перелом тазовых костей, 2 месяца неподвижности.

3) 1,5 года назад – киста мочеиспускательного канала.

Ощущения в тот период: страх, тревога, беспомощность.

И через 1,5 года после стрессовых событий – рак молочной железы.

Имеется другая причинная связь: нет

2. Больная Т.Т.И., 48 лет.

Стрессовые события и их продолжительность:

1) болезнь и смерть матери (болела в течение 5 лет, покончила с собой – повесилась);

2) через несколько месяцев – болезнь свекрови – рак молочной железы;

3) через несколько месяцев - измена мужа, развод;

4) разрушение семейного бизнеса;

5) сын провалился в канализационный люк, покалечился.

Ощущения в тот период: чувство вины и чувство страха, безысходность, чувство потери, желание оправдаться

Заболевание возникло через 2 года после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь: нет

3. Больная И.А.Л. 40 лет

Стрессовые события и их продолжительность:

1) 2006 г. болезнь матери – рак пищевода, болела в течение года.

2) 2007 г. – измена мужа, развод, раздел квартиры.

Ощущения в тот период: чувство обиды, трудно выразить словами все, что тогда чувствовала), много плакала.

Заболевание возникло через год после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь: другой причинной связи не вижу.

4. Больная Ч.В.Г., 50 лет

Стрессовые события и их продолжительность:

1) 2001 г. – острый стресс по поводу крупной недостачи на работе – пропало большое количество бензина, 1 месяц сидела в СИЗО (до сих пор выплачивает недостачу);

2) 2002 г. – сын попал в тюрьму из-за драки;

Ощущения в тот период: не хотелось жить из-за чувства несправедливости, отчаяние, страх за сына.

Заболевание возникло в 2007 г., когда нормализовалась обстановка.

Имеется другая причинная связь: нет.

Пример 5. Больная И.Л.А. 51 год

Стрессовые события и их продолжительность:

1) пьянство мужа;

2) погиб сын;

3) за 9 лет похоронила семь членов семьи.

Ощущения в тот период: безысходность, одиночество.

Заболевание возникло через 1,5 года после последнего стрессового события.

Имеется другая причинная связь: нет

Таким образом, мы получили мнение женщин, на основании которого можно констатировать, что удовлетворенность браком, семейной жизнью имеет для них первостепенное значение, и что наиболее сильными оказались следующие стрессоры: разрушение семьи, разрыв отношений с партнером, супружеская измена, потеря родных и близких (родителей, детей, родственников). В то же время здоровые испытуемые основной причиной своих заболеваний считают возникновение стрессовых ситуаций на работе.

Пусковыми факторами в развитии психосоматических заболеваний наиболее часто становятся следующие психосоциальные стрессоры: социальная неустроенность, изменение социального статуса, урбанизация, географическая и социальная мобильность, неблагоприятная ситуация трудовой занятости, недовольство работой, драматические жизненные события (потеря близких, скорбь, отчаяние, депрессия и безнадежность).

Таким образом, одной из косвенных причин развития заболевания может являться неудовлетворенность браком. Вероятность заболевания возникает при изменении эмоционального равновесия пациентов, когда они воспринимают свою жизненную ситуацию как неудовлетворительную, угрожающую, невыносимую, конфликтную, и не в состоянии самостоятельно справиться с ней. При этом сами по себе личностные особенности, психотравмирующие ситуации не являются пусковым механизмом опухолевых заболеваний. Они являются лишь факторами риска и становятся таковыми при длительном взаимодействии между собой и в сочетании с влияниями психосоциальных стрессоров.

Список литературы:

1. Бухтояров О.В., Архангельский А.Е. Психогенный кофактор канцерогенеза: возможности применения гипнотерапии. О.В. Бухтояров, А.Е. Архангельский; под ред. В.А. Козлова. – СПб.: Алетейя. 2008. – 264с.: ил. [2] с цв. вкл.
2. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Под ред. Д.Я. Райгородского – Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2000 – 672с.
3. Райгородский Д.Я. Психология семьи. Хрестоматия. (Серия «Психология семейных отношений»). Учебное пособие для факультетов психологии, социологии, экономики и журналистики. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М». 2002. – 752с.
4. Слепкова В.И., Заеко Т.А. Практикум по психологической диагностике семейных отношений: Уч.-метод. комплекс. – Мн.: БГПУ, 2003. – 176с.
5. Сысенко В.А. Устойчивость брака: проблемы, факторы и условия. – М., 1981. – 210 с.
6. Carssen B. Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research/B. Garssen//Clin. Psychol.Rev. – 2004. – Vol.24, № 3. P – P. 315-338.
7. Kruk J. Psychological stress and the risk of breast cancer: a case-control study/J. Kruk, H.Y. Aboul-Enen// Cancer detec.prev. – 2004. – Vol.28, № 6. – P. 399-408
8. Lillberg K.Stressful life events and risk of breast cancer in 10808 women: a cohort study/K. Lillberg, P.K. Verkasalo, J. Kaprio//Am.J.Epidemiol. – 2003. – Vol. 157 – P. 415-423.
9. Norman S.B. Associations between psychological trauma and physical illness in primary care /S.B. Norman, A.J.Means-Christensen, M.G.Graske//J.Trauma Stress._ 2006. – Vol.19, № 4. – P. 461-470.