

АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЛИЧНОСТИ, ТРЕВОЖНОСТИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОЦИТАРНЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОЖИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», Симферополь

Представлены результаты исследования психологических характеристик личности больных с диспластическими невусами и меланомами кожи, динамика изменений показателей депрессии и тревожности в процессе их лечения.

Ключевые слова: диспластический невус, меланома кожи, депрессия, тревожность, тест Mini-Mult.

Проблема доброкачественных и злокачественных новообразований кожи, в том числе диспластических невусов и меланом, остается актуальной в дерматоонкологии [1]. По данным D. P. Lookingbill, J. G. Marks, частота выявления злокачественных опухолей кожи среди пациентов, обратившихся на прием к дерматологу, составляет 2,0% [2]. Особую тревогу дерматологов и онкологов вызывает ежегодный неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями кожи [3, 4].

Обычно больной обращается к врачу-дерматологу или косметологу не с жалобами на наличие какого-либо новообразования на коже, а в связи с косметическими дефектами или субъективными ощущениями. В современной медицинской психологии считается, что процессы отражения состояния тела в психике определяют логику развития любого заболевания [5, 6]. Болезни кожи, особенно хронические, могут сопровождаться ухудшением социального положения пациентов, формированием чувства ущербности и неполноценности, которые часто требуют вмешательства психотерапевта или медицинского психолога. В случае кожных изменений и деформаций психологическими особенностями пациентов становятся уязвимость, тревога, стыд, опасения нахождения в социуме [7–9]. Усугубляет психологический дискомфорт больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи «социальная непрестижность» клинических проявлений, страх перед возможным «озлокачествлением» процесса, необходимостью «калечащих» операций, что приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма [10, 11]. Каким бы ни был пусковой фактор, в патогенез многих заболеваний вовлекаются интегративные системы организма

и прежде всего — нервная система, в свою очередь отражающая (и во многом определяющая) психическое состояние больных (возникновение расстройств сна, аппетита, нозогенной тревоги и депрессии). Все вышперечисленное является фактором риска снижения качества жизни больных с доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи [12].

Значительная распространенность, особая личностная значимость и высокая смертность вследствие онкологических заболеваний диктуют необходимость междисциплинарного подхода к разработке методов лечения таких больных. Коррекция своевременно распознанных психических расстройств у онкобольных и членов их семей улучшает качество жизни пациента, а в ряде случаев вместе с другими формами терапии способствует реконвалесценции [13].

Цель работы — исследование уровней депрессии, личностной и реактивной тревожности пациентов с диспластическими невусами и меланомами кожи, их личностных характеристик для усовершенствования диагностического процесса, предоставления качественного комплексного лечения этому контингенту больных.

Обследовано 40 пациентов (18 женщин, 22 мужчины) Крымского республиканского учреждения «Клинический онкологический диспансер» в возрасте от 16 до 78 лет (средний возраст составил $45,47 \pm 21,81$ года) славянского этноса с гистологически подтвержденными диагнозами: «диспластический невус», «меланома кожи». Использовались следующие методы исследования: анализ и обобщение литературных источников по теме, анализ анамнестических данных и медицинской документации, клиническая беседа, психодиагностика (анкетирование, тестирование), количественно-качественный анализ данных.

Для решения конкретных эмпирических задач применялись следующие методики: специально разработанная анкета, позволяющая получить анамнестические данные о больных; сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ) — русский вариант Mini-Mult для сравнительного анализа психологических характеристик групп больных невусами и меланомами и индивидуальной экспресс-диагностики психологического статуса больного [14, 15], шкала Бека (Beck Depression Inventory) для определения уровня депрессии [16], шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина [17].

Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием прикладной программы StatSoft, Inc. (2003) STATISTICA (data analysis software system), version 6. www.statsoft.com.

В группу 1 вошли 20 больных диспластическими невусами, группу 2 составили 20 пациентов с меланомой.

С целью выявления различий уровня депрессии больных невусами и меланомами нами проведен анализ их показателей, зафиксированных в каждой из выделенных групп до и после лечения. В группе 1 уровень депрессии больных до лечения (медиана и инерквартильный размах) составил 6,0 балла (от 2,0 до 17,0 балла); после операции отмечалось статистически значимое ($p < 0,01$, критерий Вилкоксона) снижение данного показателя до 4,5 балла (от 2,0 до 12,0 балла), или на 25%. У больных в группе 2 уровень депрессии до лечения (медиана и инерквартильный размах) составил 5,0 балла (от 3,0 до 6,0 балла), после операции статистически значимо ($p < 0,001$, критерий Вилкоксона) снизился до 3,0 балла (от 2,0 до 4,0 балла), или на 40% (рис. 1).

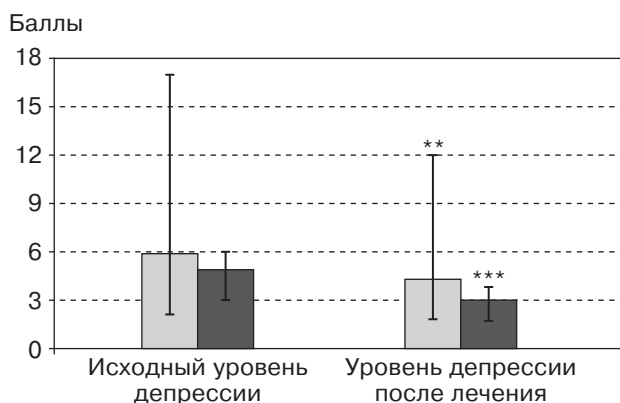


Рис. 1. Уровень депрессии до и после оперативного лечения в группах больных диспластическими невусами и меланомами (** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, W-критерий Вилкоксона): □ — группа 1; ■ — группа 2

С целью выявления различий реактивной и личностной тревожности больных невусами и меланомами нами проанализированы показатели, полученные в обеих группах до и после лечения. В группе 1 до хирургического лечения уровни реактивной и личностной тревожности больных (медиана и инерквартильный размах) составили 27,0 балла (от 26,0 до 30,0 балла) и 45,0 балла (от 43,0 до 48,0 балла) соответственно.

После операции в этой группе больных уровни данных показателей (медиана и инерквартильный размах) составили соответственно 21,5 балла (от 18,0 до 27,0 балла) и 41,5 балла (от 39,0 до 46,0 балла). В итоге в группе 1 данные показатели статистически значимо ($p < 0,001$, критерий Вилкоксона) снизились на 20,4 и 7,8% соответственно (рис. 2). В группе 2 до операции зафиксирован более высокий уровень реактивной тревожности (медиана и инерквартильный размах), чем у больных группы 1, который составил 29,0 балла (от 24,0 до 33,0 балла). В то же время показатель личностной тревожности до операции был существенно ниже — 39,5 балла (от 32,0 до 43,0 балла) соответственно. В данной группе после лечения показатели реактивной и личностной тревожности (медиана и инерквартильный размах) составили 23,5 балла (от 17,0 до 25,0 балла) и 32,5 балла (от 29,0 до 39,0 балла) соответственно. В результате в группе 2 данные показатели статистически значимо ($p < 0,001$, критерий Вилкоксона) снизились на 19,0 и 17,7% соответственно.

Полученные результаты сравнительного анализа позволяют сделать предположение о том, что умеренные и низкие показатели реактивной тревожности в группе больных с диспластическими невусами, в отличие от таковых в группе

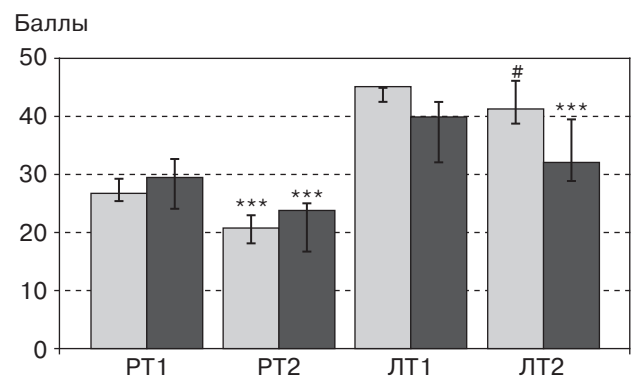


Рис. 2. Выраженность реактивной и личностной тревожности до (1) и после (2) оперативного лечения в группах больных диспластическими невусами и меланомами (РТ — реактивная тревожность, ЛТ — личностная тревожность, *** $p < 0,001$; # p — тенденция, W-критерий Вилкоксона): □ — группа 1; ■ — группа 2

с меланомами, вероятно, обусловлены отсутствием опасений по поводу возможного озлокачествления процесса, в связи с низкой информированностью населения, отсутствием профилактических образовательных программ, значительным превалированием гипоманиакального профиля СМОЛ.

Для анализа личностных характеристик всей совокупности больных нами использован СМОЛ. По шкале лжи (L) медиана составила 50,0 балла (от 44,0 до 56,0 балла), что говорит об отсутствии стремления представлять себя в более благоприятном свете. В соответствии с этим медиана шкалы надежности (F) — 50,5 балла (от 40,0 до 64,5 балла), что, в свою очередь, свидетельствует о том, что респонденты не задумывались над возможностью отрицательной оценки своей личности окружающими. Медиана шкалы коррекции составила 48,0 балла (от 42,0 до 54,0 балла), обнаруживая отсутствие тенденции к искажению результатов. В целом, полученный профиль LFK указывает на правдивость ответов теста и возможность интерпретации результатов.

Учет различий профилей при анализе СМОЛ по группам позволил выявить статистически значимые различия по шкале гипомании (Ma) (рис. 3).

Медиана этой шкалы в группе 1 составила 45,5 балла (от 42,0 до 55,0 балла), в группе 2 — 41,5 балла (от 39,0 до 46,0 балла). Поскольку данная шкала отражает энергетический потенциал и общий тонус личности, более высокие (в Т-баллах) значения в группе 1 указывают на поверхностное отношение пациентов к проблемам здоровья. Более низкие показатели у больных с диагнозом «меланома» могут свидетельствовать о тенденции полагаться на действия других людей, в том числе врачей и медперсонала. В ряде

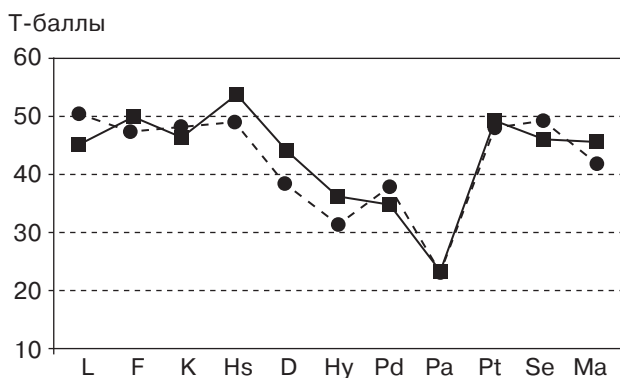


Рис. 3. Выраженность показателей профилей СМОЛ в группах больных с диспластическими невусами и меланомами (* $p < 0,05$, U-критерий Манна — Уитни): —■— группа 1; - -●- - группа 2

случаев это также обусловлено астенизацией больных в связи с искусственной изоляцией и необходимостью лечения [15].

Таким образом, после хирургического лечения большая часть пациентов обеих групп справляется с возникшими эмоциональными трудностями и, пройдя различные фазы состояний — тревоги, страха и депрессии, достигает той или иной степени адаптации. При этом ряд больных не в состоянии выработать адекватную систему психологической компенсации, без которой возобновление нормального образа жизни невозможно. Это обуславливает необходимость психотерапевтического сопровождения таких пациентов и разработки психокоррекционных программ с учетом личностных особенностей, реактивной и личностной тревожности, клинических проявлений депрессии в рамках комплексной терапии больных доброкачественными и злокачественными новообразованиями кожи.

Литература

1. Early detection and Treatment of Skin Cancer / A. F. Jerant, J. T. Jonson, C. D. Sheridan, N. J. Caffrey // *Am. Fam. Physician.*— 2000.— Vol. 15, № 62 (2).— P. 357–368.
2. *Lookingbill D. P. Principles of clinical diagnosis / D. P. Lookingbill, J. G. Marks // Dermatology; eds. S. L. Maschella, H. L. Hurley.— 3th ed.— Philadelphia: W. B. Saunderson Co, 1992.— P. 165–239.*
3. Злокачественные новообразования в России в 1999 году. Заболеваемость и смертность; под ред. В. И. Чиссова, В. В. Старинского.— М., 2000.— 263 с.
4. *Rager E. L. Cutaneous melanoma: update on prevention, screening, diagnosis, and treatment / E. L. Rager, E. P. Bridgeford, D. W. Ollila // Am. Family. Physician.— 2005.— Vol. 72, № 2.— P. 269–276.*
5. *Тхостов А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни / А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии.— Л., 1990.— С. 32–38.*
6. *Павлова О. В. Клинико-психологические проблемы современной дерматологии / О. В. Павлова // Вестн. последипломного мед. образования.— 2006.— № 3–4.— С. 27–30.*
7. *Витенко І. С. Медична психологія: підруч. / І. С. Витенко, Л. М. Гуменюк.— Сімферополь: DIP, 2010.— 392 с.*
8. *Лакосина Н. Д. Клиническая психология: учебник для студ. мед. вузов / Н. Д. Лакосина, И. И. Сергеев, О. Ф. Панкова.— 3-е изд.— М.: МЕДпрессинформ, 2007.— 416 с.*
9. Некоторые психологические детерминанты кожных и венерических заболеваний / О. А. Притуло,

- Н. С. Ольшевская, Л. Н. Гуменюк [и др.] // Таврический медико-биологический вестн.— 2011.— Т. 14, № 1 (53).— С. 121–125.
10. *Аравийская Е. Р.* Некоторые кожные симптомы и дерматозы как предикторы психологического статуса пациентов косметологических учреждений / Е. Р. Аравийская // Рос. журн. кожных и венерических болезней.— 2006.— № 4.— С. 64–66.
11. Клиническая психология: учебник; под ред. Б. Д. Карвасарского.— 2-е изд.— СПб.: Питер, 2006.— 960 с.
12. *Адашкевич В. П.* Индекс качества жизни в дерматологических исследованиях / В. П. Адашкевич, В. П. Дуброва, А. В. Пуртов // Рос. журн. кожных и венерических болезней.— 2003.— № 4.— С. 42–44.
13. *Дудниченко А. С.* О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей / А. С. Дудниченко, Л. Н. Дышлевая, А. Ю. Дышлевой // Проблемы мед. науки та освіти.— 2003.— № 3.— С. 46–47.
14. *Зайцев В. П.* Вариант психологического теста Mini-Mult / В. П. Зайцев // Психологич. журн.— 1981.— Т. 2, № 3.— С. 118–123.
15. *Собчик Л. Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ / Л. Н. Собчик.— СПб.: Речь, 2000.— 219 с.
16. *Beck A. T.* Depression Causes and Treatment / A. T. Beck, V. A. Alford.— 2nd ed.— Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2009.— 405 p.
17. *Ханин Ю. Л.* Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин.— Л.: ЛНИИ ФК, 1976.— 25 с.

АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОСОБИСТОСТІ, ТРИВОЖНОСТІ ТА ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА МЕЛАНОЦИТАРНІ НОВОУТВОРЕННЯ ШКІРИ

Н. С. ОЛЬШЕВСЬКА, Л. М. ГУМЕНЮК, Д. В. ПРОХОРОВ

Подано результати дослідження психологічних характеристик особистості хворих на диспластичні невуси і меланоми шкіри, динаміку змін показників депресії й тривожності в процесі їх лікування.

Ключові слова: диспластичний невус, меланома шкіри, депресія, тривожність, тест Mini-Mult.

THE ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PERSONALITY, ANXIETY, AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH MELANOCYTIC NEOPLASMS OF THE SKIN

N. S. OLSHEVSKAYA, L. N. GUMENIUK, D. V. PROKHOROV

The results of the study of psychological characteristics of the individual patients with dysplastic nevi and melanomas of the skin, changes in the dynamics of indicators of depression and anxiety in the course of their treatment are presented.

Key words: dysplastic nevi, melanoma of the skin, depression, anxiety, test Mini-Mult.

Поступила 28.01.2013