

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ МИЕЛОЛЕЙКОЗОМ

П.А. Баженова, О.Ю. Щелкова

Рассматриваются психологические характеристики больных хроническим миелолейкозом в рамках их возможного влияния на низкую комплаентность пациентов при лечении заболевания. В статье освещены результаты исследования конституционально-динамических, индивидуально-типологических характеристик больных, а также их доминирующих эмоциональных состояний.

Ключевые слова: хронический миелолейкоз, комплаенс, лечебный процесс, темперамент, индивидуально-типологические особенности, доминирующие состояния.

Введение

Хронический миелолейкоз (ХМЛ) – первый описанный лейкоз в истории медицины, кроме этого, это первый лейкоз, при котором обнаружена специфическая генетическая аномалия [7]. ХМЛ вызывается появлением «Ph-хромосомы» (Филадельфийской хромосомы) – нарушением в клетках костного мозга, приводящим к образованию избыточного количества лейкоцитов [1]. Это хроническое онкогематологическое заболевание, которое до недавнего времени было неизлечимо. Все изменилось с появлением нового препарата, который уничтожает опухолевые клетки на молекулярном уровне. Выживаемость составила 90 % [3, 8, 9]. Но главным условием лечения этим препаратом является необходимость принимать его регулярно, на протяжении всей жизни придерживаться точной схемы приема и соблюдать все предписания врача, иначе несоблюдение рекомендаций может привести к неблагоприятным последствиям. При выполнении этого условия терапии врачи столкнулись со следующей проблемой: если в течение первого года лечения пациенты, находясь под постоянным мониторингом, соблюдают лекарственный режим, то после того как картина анализов крови нормализуется, большинство пациентов начинают пропускать дозы препарата. Такие перерывы могут спровоцировать не только рецидив заболевания, но и ремиссии уже будет значительно трудней добиться, так как у большинства пациентов к этому времени развивается резистентность к препарату. Для решения этой проблемы впер-

вые были проведены школы для больных ХМЛ в 2006 году, которые устраивались на регулярной основе, и на сегодняшний день больные ХМЛ получают подробную информацию о своем заболевании [6].

Кроме того, врачами-гематологами был отмечен ряд психологических черт, которые могут, в свою очередь, объяснить низкую комплаентность пациентов. Среди них: пассивность; зависимость; склонность строить далеко идущие планы и преувеличивать свои способности, при этом на деле пациенты ничего не делают для улучшения и преобразования своего качества жизни; рассеянность и вялость, апатия, хотя на словах пациенты настаивают на том, что у них «все хорошо» и многие другие черты. При этом врачи отрицают возможность развития таких особенностей на фоне заболевания, утверждают, что многие черты являются преморбидными, так как они прослеживаются у большинства пациентов вне зависимости от стадии и длительности ХМЛ. Это послужило основанием выбора темы настоящего исследования, целью которого является: **изучить психологические особенности личности, потенциально значимые для формирования «терапевтического поведения» больных ХМЛ.**

Задачи: изучить конституционально-динамические особенности психической деятельности (структуру темперамента) лиц, страдающих ХМЛ и индивидуально-типологические особенности личности больных ХМЛ; выявить доминирующие эмоциональные состояния больных ХМЛ.

Методы исследования: использовался комплекс психодиагностических методов – «Опросник структуры темперамента» (ОСТ) [4]; «Индивидуально-типологический опросник» (ИТО) [5]; «Методика определения доминирующего состояния» (ДС) [2].

Материалом исследования послужили данные психологического исследования 25 больных ХМЛ, среди них 12 мужчин и 13 женщин: средний возраст изученных больных составил 48 и 64 года соответственно. Исследование проводилось в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. В.А. Алмазова, а также на базе Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова.

Результаты исследования были получены путем математико-статистического сопоставления показателей психодиагностических методик, полученных на группе больных ХМЛ, и нормативных данных, полученных авторами методик на здоровом населении.

При анализе результатов исследования структуры темперамента больных ХМЛ выявлено, что по всем шкалам методики ОСТ значения шкальных оценок изученных больных ХМЛ оказались в диапазоне средних значений. Это отражает умеренную выраженность изученных восьми свойств темперамента и их сбалансированную структуру. В то же время показатели всех восьми шкал методики ОСТ в группе больных оказались ниже соответствующих показателей в нормативной выборке, что указывает на некоторую сглаженность проявлений темперамента в группе больных ХМЛ по сравнению со здоровыми. Получены статистически значимые различия ($p < 0,01$) по параметру «температура психомоторных реакций», что отражает замедление скорости двигательных операций при осуществлении предметной деятельности больными ХМЛ по сравнению с нормой.

Помимо шкальных оценок методики ОСТ были вычислены основные «индексы темперамента человека» [4], результаты представлены в таблице.

Из таблицы видно, что по своим темпе-

раментным характеристикам лица, страдающие ХМЛ, приближаются в среднем к низко-эмоционально-пассивному типу (близок к типу флегматика в классической терминологии). Это соответствует клиническим наблюдениям низкого комплайенса (пассивного отношения к лечению или отказа от лечения) у данной категории больных.

При анализе результатов исследования индивидуально-типологических особенностей с помощью методики ИТО показано, что акцентуированными чертами личности больных ХМЛ являются: спонтанность (повышенная самооценка и стремление к лидерству), ригидность (непластичность, неспособность менять линию поведения в соответствии с изменением реальной жизненной ситуации), сензитивность, а также тревожность. Подобное сочетание акцентуированных черт личности является дисгармоничным и обуславливает затруднения социальной и психологической адаптации, в том числе адаптации личности к болезни, и нарушения комплайенса.

При анализе результатов исследования доминирующего состояния получены статистически значимые различия между больными ХМЛ и нормативной группой по параметрам: «Активное–пассивное отношение к жизненной ситуации» ($p < 0,001$), «Спокойствие–тревога» ($p < 0,05$), «Удовлетворенность–неудовлетворенность жизнью» ($p < 0,01$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что больным ХМЛ присуще существенно более пассивное отношение к жизненной ситуации, чем здоровым, в оценке многих жизненных ситуаций преобладает пессимистическая позиция, неверие в возможность успешного преодоления препятствий. Больным ХМЛ по сравнению со здоровыми также свойственна меньшая тревожность, беспокойство и большая уверенность в себе. Показатель шкалы «Удовлетворенность жизнью» у больных ХМЛ также оказался статистически значимо выше, чем в норме. Полученный результат отражает стремление пациентов показать собственную успешность, удовлетворенность

Индексы темперамента

Индексы темперамента человека (Русалов В.М., 1992)	Больные ХМЛ (n = 25)	Здоровые (n = 891)	Достоверн. различий
Индекс общей эмоциональности (ИОЭ = ЭМ + СЭМ)	11,26±6,07	12,42	–
Индекс предметной активности (ИПА = ЭР + П + Т)	16,57±7,82	21,50	$p < 0,01$
Индекс социальной активности (ИСА = СЭР + СП + СТ)	17,65±6,5	21,05	$p < 0,05$
Индекс общей активности (ИОА = ИПА + ИСА)	34,65±12,33	42,55	$p < 0,01$

самореализацией, способность брать на себя ответственность, делать свой выбор, преодолевать трудности в его реализации. Следует отметить, что предъявляемый больными стереотип поведения не находит подтверждения в результатах клинико-психологического наблюдения за больными и отчетах врачей о поведении больных в лечебном процессе.

Выводы

1. По своим темпераментным характеристикам лица, страдающие ХМЛ, приближаются в среднем к низкоэмоционально-пассивному типу. Наиболее отличной от здоровых лиц динамической характеристикой психической деятельности больных является замедление темпа психомоторных реакций.

2. В структуре личности больных ХМЛ выявляется дисгармоничное сочетание акцентуированных черт спонтанности, ригидности, сензитивности и тревожности.

3. В структуре эмоционального состояния больных ХМЛ выявляется также дисгармоничное сочетание пассивного отношения к жизни, удовлетворенность ею, а также пониженный уровень тревожности, обеспокоенности актуальной жизненной ситуацией.

4. Полученные данные могут быть использованы при психологическом сопровождении лечебного процесса, в частности в работе «школ пациентов», а также при планировании психокоррекционной и социо-реабилитационной работы с больными, страдающими хроническими онкогематологическими заболеваниями.

Литература

1. Зарицкий, А.Ю. Хронический миелолейкоз / А.Ю. Зарицкий // *Клиническая онкогематология. Фундаментальные исследования и клиническая практика.* – 2008. – № 1. – С. 93–95.

2. Куликов, Л.В. *Руководство к методи-*

кам диагностики психических состояний, настроений и сферы чувств и психологической устойчивости личности. Описание методик, инструкций по применению / Л.В. Куликов. – СПб.: СПГУ, 2003. – 80 с.

3. Лория, С.С. Эффективность и безопасность терапии иматинибмезилатом (Гливеком) больных хроническим миелолейкозом в фазе акселерации / С.С. Лория, Е.С. Курова, С.В. Сёмочкин // *Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии.* – 2002. – № 1 – С. 66–71.

4. Русалов, В.М. Опросник структуры темперамента / В.М. Русалов. – М.: Институт психологии РАН, 2007. – 36 с.

5. Собчик, Л.Н. Диагностика индивидуально-типологических свойств и межличностных отношений / Л.Н. Собчик. – СПб.: Изд. «Речь», 2003. – 95 с.

6. Российский регистр больных хроническим миелолейкозом / А.Г. Туркина, О.Ю. Виноградова, Н.Д. Хорошко, А.И. Воробьев // *Гематология и трансфузиология.* – 2007. – № 2 – С. 7–11.

7. Туркина, А.Г. Ингибитор сигнальных путей STI 571 (Signal Transductor Inhibitor) – новое направление в лечении хронического миелолейкоза / А.Г. Туркина // *Современная онкология.* – 2001. – Т. 3, № 2. – С. 46–48.

8. Baccarani, M. *Evolving concepts in the management of chronic myeloid leukemia. Recommendations from an expert panel on behalf of the European leukemiaNet* / M. Baccarani, G. Saglio, J. Goldman // *Blood.* – 2006. – 108. – P. 1809–1820.

9. Hochhaus, A. IRIS 6-year follow-up: sustained survival and dealing annual rate of transformation in patients with newly diagnosed chronic myeloid leukemia in chronic phase (CML-CP) treated with Imatinib / A. Hochhaus, B. Druker, R. Larson // *Blood.* – 2007. – 110. – abstr. 25.

Поступила в редакцию 6 сентября 2010 г.

Баженова Полина Александровна. Аспирантка кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург: polina_bazhenova@list.ru.

Polina A. Bazhenova. Post-graduate of Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University: polina_bazhenova@list.ru.

Щелкова Ольга Юрьевна. Кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург: I-AM-THE-GOD@yandex.ru.

Olga Yu. Shchelkova. Ph. D., Assistant Professor, Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University: I-AM-THE-GOD@yandex.ru.