

Секция «Клиническая психология, психосоматика и психология телесности»

Особенности сбора эмпирического материала при проведении психодиагностики женщин с диагнозом рак молочной железы с неблагоприятным и благоприятным течением болезни

Научный руководитель – Циринг Диана Александровна

Демчук Максим Алексеевич

Аспирант

Национальный исследовательский Томский государственный университет, Факультет психологии, Томск, Россия

E-mail: demchukmax74@gmail.com

Несмотря на активное развитие медицинских технологий, и практик, злокачественные образования являются одним из ключевых вызовов современному обществу. Уменьшение роста числа пациентов с верифицированными онкологическими заболеваниями, а также увеличение продолжительности и улучшение качества жизни при поставленном диагнозе является задачей приоритетной важности не только для медицины, но и для психологии. Оперативный и эффективный сбор данных при проведении психодиагностики пациентов данной категории обуславливает актуальность данного исследования [1,2].

Целью исследования является корректировка коммуникативных стратегий интервьюера при работе с женщинами с диагнозом рак молочной железы с неблагоприятным и благоприятным течением болезни, выведенная на основе статистики отказов пациентов от психодиагностики и классификации причин этих отказов.

Основой для данного локального исследования является проведение на базе Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины широкого исследования, перед которым стоит задача определить психические особенности пациентов (11 психодиагностических методик) с различными локализациями (молочная железа, предстательная железа, лёгкие, желудок, толстая кишка) и течением (благоприятное, неблагоприятное) онкологического заболевания.

Клинические группы респондентов можно определить следующим образом:

1) пациентки в возрасте от 29 до 80 лет (средний возраст 55 лет) с морфологически верифицированным люминальным раком молочной железы IV стадии, получающие специальную противоопухолевую терапию по радикальной программе;

2) пациентки в возрасте от 26 до 80 лет (средний возраст 55 лет) с раком молочной железы, находящиеся на различных стадиях заболевания (I, II, III), гормонозависимые, находящиеся под наблюдением онколога с момента постановки диагноза до 6 месяцев с благоприятным (стабилизация, ремиссия) течением болезни, входящие в лонгитюдную группу респондентов;

3) пациентки в возрасте от 26 до 80 лет (средний возраст 55 лет) с раком молочной железы, находящиеся на различных стадиях заболевания (I, II, III), гормонозависимые, находящиеся под наблюдением онколога с момента постановки диагноза до 6 месяцев с неблагоприятным течением болезни (рецидив, генерализация, прогрессия), входящие в лонгитюдную группу респондентов.

Необходимо учитывать, что при работе с пациентами мы используем индивидуальную форму сбора эмпирического материала. Её базисом служит формирование мотивации через установление доверительного контакта, содействие в заполнении опросных методик, а также поиск альтернативных форм проведения процедуры, если в текущий момент времени у пациента нет возможности для взаимодействия (нехватка времени по причине работы, плохое зрение, дегенеративные возрастные заболевания и т.д.).

При работе с пациентами второй группы эффективность сбора эмпирической базы равна практически 100% (178 из 180 прошли опросные методики (в том числе, 82 из 86 повторно опрошенных в рамках лонгитюдного исследования)), пациентки первой группы отказываются от сотрудничества в каждом третьем случае (??? из ???), пациентки третьей группы в каждом втором (??? из ???).

Выявленные в процессе взаимодействия с пациентами причины отказов для первой и третьей клинической группы различны, и могут быть классифицированы следующим образом.

Для первой клинической группы: 1) отрицание наличия заболевания в целом, либо же его реальной опасности для жизни при верифицированном диагнозе, в том числе, при наблюдении у врача длительностью более года (то есть, пациент чувствует себя хорошо и считает, что рефлексия на тему заболевания может лишь ухудшить положение); 2) неприятие вмешательства психолога в личное пространство пациента, характеризующееся убежденностью в корыстном умысле действий сотрудника психологической помощи (иными словами, работник психологической службы ищет возможность завладеть имуществом тяжелобольного пациента, представляясь внештатным сотрудником больницы; влияние общесоциального контекста на восприятие психолога).

Для второй клинической группы: 1) принятие фатальности заболевания при декларируемых врачом перспективах и отсутствии отказа от продолжения курса лечения вне зависимости от реального хода течения болезни (отсутствие веры в возможности медицины); 2) сознательное нежелание оказать помощь людям, попавшим в схожую экстремальную ситуацию.

Исследование выполнено за счёт гранта Российского научного фонда № 21-18-00434, <https://rscf.ru/project/21-18-00434/>

Источники и литература

- 1) 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.
- 2) Bray F., Ferlay J., Soerjomataram I., Siegel R.L., Torre L.A., Jemal A. Global cancer statistics 2018: Globocan estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries // A Cancer Journal for Clinicians. 2018. Vol. 68 (6). P. 394–424. URL: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>.