

Т.В. Демченко

ГЕРОТРАНСЦЕНДЕНТНОСТЬ, ОТНОШЕНИЕ К БУДУЩЕМУ И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова (Россия, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8)

Актуальность. Увеличение продолжительности жизни и повышение уровня выявляемости патологии способствуют росту количества онкологических заболеваний, являющихся вторым по смертности заболеванием в мире. Средний возраст выявления этой патологии составляет 64,5 года. Она обуславливает выраженные эмоциональные нарушения, снижение качества жизни пациентов, что может приводить к снижению эффективности лечения.

Цель. Изучить эмоциональную сферу, геротрансцендентность, отношение к своему будущему и их взаимосвязь с приверженностью лечению у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих онкологическими заболеваниями.

Методология. Обследованы пациенты пожилого и старческого возраста. Для изучения геротрансцендентных изменений использован «Опросник геротрансцендентных изменений» О.Ю. Стрижицкой; для диагностики субъективного восприятия времени жизни – «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана; для диагностики эмоциональной сферы – «Гериатрическая шкала депрессии» (GDS-30); для определения уровня приверженности лечению – «Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению» (КОП-25).

Результаты и их анализ. У пациентов 76–90 лет с онкологическими заболеваниями выявлены эмоциональные нарушения в виде депрессивных проявлений. Группой риска являются пациенты 76–90 лет с установленным онкологическим диагнозом (наиболее низкие показатели всех шкал геротрансцендентности, низкие показатели восприятия времени своей жизни, низкая приверженность лечению). Приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями имеет устойчивые прямые корреляционные взаимосвязи со всеми компонентами геротрансцендентности и восприятием величины своего прошлого времени.

Заключение. Пациенты 76–90 лет с онкологическими заболеваниями являются группой риска, в отношении которой может снижаться эффективность терапевтического вмешательства и реабилитации. Поэтому пациентам данной возрастной группы необходимо психологическое сопровождение в процессе реабилитации.

Ключевые слова: онкология, пожилой и старческий возраст, геротрансцендентность, временная перспектива, приверженность лечению.

Введение

Согласно данным, опубликованным на официальном сайте Всемирной организации здравоохранения, онкологические заболева-

ния являются второй основной причиной смертности в мире, т.е. вызывают практически каждую шестую смерть. По результатам исследования Американского онкологиче-

ского общества, опубликованным в работе «Глобальная статистика рака 2020», в 2020 г. было зафиксировано 19,3 млн. случаев онкологических заболеваний. Отмечается рост случаев смертей от злокачественных новообразований: например, в 2018 г. было 9,6 млн. смертей от рака, в 2020 г. – 10 млн. Каждый пятый человек на планете заболевает раком, а каждый восьмой мужчина и каждая однанадцатая женщина умирают от этого заболевания. По прогнозам экспертов, в 2040 г. в мире будет насчитываться около 28,4 млн. случаев рака (на 47 % больше, чем в 2020 г.).

В России онкологические заболевания также занимают второе место среди причин смертности после сердечно-сосудистых заболеваний (271 тыс. человек за 2018 г.). По данным Национального медицинского исследовательского центра радиологии Минздрава, в России на 2019 г. было выявлено 640 тыс. случаев раковых заболеваний, что на 23 тыс. больше, чем в 2018 г., и на 43 тыс. больше, чем в 2017 г. За последние 13 лет количество онкологических больных увеличилось на 25 % [4]. Таким образом, с каждым годом увеличивается количество пациентов с установленным онкологическим диагнозом. Средний возраст постановки диагноза у мужчин составил 64,9 года, а у женщин – 64,2 года.

По мнению R.M. Saracino, S. Schroyen и соавт., онкологические заболевания вызывают значительный уровень дистресса, снижение самооценки, повышение риска суицидального поведения, снижение качества жизни и удовлетворенности ею [9, 10]. Согласно результатам исследований Т. Pudrovska, А.М. Napoles и А.Ю. Бергфельд, восприятие рака как смертельного заболевания является психотравмирующим событием, что значительно ухудшает качество жизни человека и сказывается на эффективности лечения. Необходимо подчеркнуть, что реабилитация пациентов в пожилом возрасте тяжелее, чем в молодом [1, 7, 8]. В исследованиях П.Б. Зотова и И.М. Стилиди, направленных на изучение личностных реакций онкологических больных в старческом возрасте, авторы отмечали нарушения эмоциональной сферы [3, 4].

В современной геронтологии все большее внимание исследователей привлекает феномен, который помогает описать происходящие с возрастом изменения в восприятии себя и других, в отношении к миру и своему опыту, ценностные и мировоззренческие аспекты, – это геротрансцендентность [5, 6]. Важным, на наш взгляд, является изучение геротрансцендентности личности как фактора жизнестойкости в условиях тяжелого, угрожающего жизни соматического заболевания. Недостаточно изученным аспектом психических и психосоматических соотношений в клинической психологии остается влияние болезни, в частности онкологического заболевания, на ценностно-смысловую сферу пожилого человека и субъективное восприятие временной перспективы [2].

Цель – изучить эмоциональную сферу, геротрансцендентность, отношения к своему будущему и их взаимосвязи с приверженностью лечению у лиц пожилого и старческого возраста, страдающих онкологическими заболеваниями.

Материал и методы

Выборка участников исследования. В исследовании приняло участие 40 пациентов зрелого, пожилого и старческого возраста с онкологическими заболеваниями [злокачественные новообразования молочной железы (С50 по МКБ-10) и злокачественные новообразования мочевого пузыря (С64–С68 по МКБ-10)]. Пациенты проходили стационарный этап реабилитации после хирургического вмешательства в клиниках Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. На основании градаций возраста по ВОЗ пациентов разделили на 3 группы в зависимости от возраста:

- 1-я группа состояла из 16 человек, в нее вошли пациенты среднего возраста – от 50 до 60 лет, средний возраст – $(53,4 \pm 4,0)$ года.
- во 2-ю группу вошли пациенты пожилого возраста – от 61 до 75 лет ($n = 12$ человек), средний возраст – $(64,7 \pm 3,5)$ года;

• 3-ю группу составили пациенты старческого возраста – от 76 до 90 лет ($n = 12$ человек), средний возраст – $(78,3 \pm 2,7)$ года.

Критерии включения в исследование: возраст от 50 до 90 лет; когнитивная сохранность (не менее 24 баллов по тесту МоСА); установленный диагноз «злокачественные новообразования» (C00–C97 по МКБ-10).

Критерии исключения из исследования: возраст моложе 50 лет; признаки когнитивного снижения (менее 24 баллов по тесту МоСА); наличие психических расстройств.

Уместно указать, что у пациентов 1-й группы длительность заболевания была меньше, чем в других группах. Возрастные и гендерные характеристики пациентов представлены в табл. 1.

Пациентов с онкологическими заболеваниями обследовали при помощи следующих психодиагностических методик:

— опросник геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой. Опросник содержит 34 утверждения, направленных на выявление уровня развития личностного измерения, социального измерения и генерализованного мировосприятия геротрансцендентности у лиц пожилого и старческого возраста;

— методика «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана. Оценка восприятия времени своей жизни проводится по 25 полярным шкалам;

— гериатрическая шкала депрессии (GDS-30). Опросник содержит 30 вопросов

для определения уровня выраженности депрессии у пожилых людей;

— российский универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению (КОП-25). Опросник содержит 25 утверждений для диагностики приверженности пациентов лечению.

Результаты проверили на нормальность распределения признаков. В тексте представлены средние арифметические величины и их среднеквадратические отклонения ($M \pm SD$). Использовали методы статистической обработки данных: U-критерий Манна – Уитни для сравнения средних показателей; коэффициент корреляции Пирсона для выявления статистически значимых взаимосвязей. Статистическую обработку данных проводили с помощью программы IBM SPSS Statistics 20.

Результаты и их анализ

Был проведен сравнительный анализ психологических характеристик пациентов трех возрастных групп (зрелого, пожилого и старческого возраста). В эмоциональной сфере, которая исследовалась с помощью GDS-30, не выявили статистически значимых различий депрессии у пациентов в группах. Например, средние показатели депрессии у пациентов 1-й, 2-й и 3-й группы были $(9,0 \pm 3,4)$, $(9,0 \pm 4,7)$ и $(10,6 \pm 1,5)$ баллов соответственно, при том что величины нормы составляли 10 баллов и менее.

Таблица 1

Возрастные и гендерные характеристики пациентов

Показатель		Группа пациентов			Всего
		1-я	2-я	3-я	
Количество пациентов		16	12	12	40
Средний возраст, ($M \pm SD$) лет		$53,4 \pm 3,9$	$64,7 \pm 3,5$	$78,2 \pm 2,7$	$62,66 \pm 9,9$
Мужчины	количество	8	5	7	20
	средний возраст, ($M \pm SD$) лет	$54,2 \pm 3,8$	$63,2 \pm 1,5$	$76,6 \pm 1,5$	$62 \pm 10,3$
Женщины	количество	8	7	5	20
	средний возраст, ($M \pm SD$) лет	$52,3 \pm 4,7$	$66,3 \pm 4,4$	$79,5 \pm 2,8$	$63,8 \pm 9,7$
Длительность заболевания (человек):					
менее 1 года		8	4	3	15
от 1 года до 3 лет		5	5	2	12
более 3 лет		3	3	7	13

Оказалось, что у пациентов всех возрастных групп показатели депрессии соответствовали пограничным с нормой значениям или достигали легкой степени выраженности. Исследование не выявило клинически выраженных нарушений депрессии у пациентов 1-й и 2-й групп, легкая степень депрессии наблюдалась только у обследованных нами пациентов 3-й группы. Данный феномен можно объяснить более длительным заболеванием у пациентов данной возрастной группы. В 3-й группе 7 пациентов (58 %) имеют диагноз «злокачественное новообразование» более 3 лет. Длительность заболевания, вероятность возникновения рецидивов и необходимость повторного лечения могут приводить к нарушению эмоциональной сферы пациентов.

Результаты оценки геротрансцендентности по опроснику О.Ю. Стрижицкой представлены в табл. 2. Согласно полученным данным, для пациентов 1-й и 2-й групп характерны нормативные показатели геротрансцендентности и ее компонентов. Уместно указать, что показатели геротрансцендентности в 3-й группе пациентов были статистически достоверно меньше, чем во 2-й.

Показатели геротрансцендентности и ее компонентов были у пациентов 3-й группы меньше нормативных. Они оказались также статистически достоверно меньшими, чем у пациентов 1-й и 2-й групп ($p < 0,05$). Следовательно, только у пациентов 3-й группы отмечается изменение геротрансцендентности при онкологическом заболевании. Иными словами, для пациентов старческого возраста характерны: негативное восприя-

тие своего тела и самого себя, снижение самооценки (шкала «Личностное измерение»), увеличение потребности в социальном взаимодействии, страх отвержения и одиночества (шкала «Социальный компонент»), усиление страха смерти, негативное восприятие времени своей жизни, потеря смысла своего существования (шкала «Генерализованное мировосприятие»).

Снижение компонентов геротрансцендентности и, соответственно, нарушение процесса гармоничного старения у пациентов 3-й группы со злокачественными новообразованиями, можно объяснить тем, что длительность заболевания и сопровождающие его болевые ощущения, осложнения могут снижать душевный настрой и настойчивость в преодолении заболевания, веру пациентов в успешность лечения. С возрастом также уменьшаются компенсаторные механизмы организма и его психические ресурсы, что усложняет процесс лечения и реабилитацию пациентов. Совокупность данных явлений может приводить к нарушению или частичному разрушению геротрансцендентности пациентов в условиях тяжелого соматического заболевания, изменяя особенности восприятия себя и своего окружения, смысла своего существования и времени своей жизни.

Субъективное восприятие жизненного времени и временной перспективы личности (настоящее, прошлое, будущее) измерялось с помощью методики «Семантический дифференциал времени». Статистически значимые различия показателей у пациентов представлены в табл. 3. Уместно указать, что

Таблица 2

**Сравнительный анализ показателей геротрансцендентности у пациентов в группах,
(M ± SD) балл**

Показатель геротрансцендентности	Группа			Норма [5]	p =
	1-я	2-я	3-я		
Личностной компонент	39,8 ± 3,1	39,8 ± 3,6	30,8 ± 2,6	39	1-2 = 0,026; 2-3 = 0,026
Социальный компонент	36,8 ± 2,7	38,8 ± 1,2	26,1 ± 1,2	35	1-2 = 0,011; 2-3 = 0,002
Генерализованное мировосприятие	31,8 ± 3,4	28,9 ± 3,6	22,28 ± 6,4	31	1-2 = 0,011; 2-3 = 0,038
Геротрансцендентность	108,5 ± 5,5	107,5 ± 5	79,3 ± 2,5	105	1-2 = 0,026; 2-3 = 0,026

нормативные показатели восприятия времени по тесту были 4–7 баллов. Установлено, что наиболее низкие показатели восприятия временной перспективы прошлого, настоящего и будущего времени отмечались у онкологических пациентов 3-й группы.

У пациентов 2-й группы отмечается незначительное снижение показателей восприятия настоящего времени, что можно объяснить нахождением в стационаре и вынужденным снижением активности пациентов (см. табл. 3). Однако показатели восприятия своего прошлого у них являются нормативными. Таким образом, у пожилых пациентов 2-й группы восприятие прошлого характеризуется насыщенностью, наполненностью событиями, смыслом, значимостью и активностью. Нормативные показатели восприятия своего прошлого у пациентов данной возрастной группы могут быть связаны с длительностью заболевания – меньше 3 лет (заболевание было выявлено не так давно). В восприятии будущего времени отмечается снижение по шкале «Активность»: пациенты

данной возрастной группы воспринимают свое будущее, в отличие от прошедшего периода жизни, как менее активное и не заполненное событиями и делами. Данное снижение можно объяснить ожиданием негативных последствий заболевания и, в частности, хирургического лечения / операции (инвалидизация, ограничения, необходимость изменения привычного образа жизни). Подобные изменения могут формировать восприятие будущего как «пустого» и неинтересного.

Пациенты 3-й группы (76–90 лет) отличаются наиболее низкими показателями по шкалам восприятия прошлого, настоящего и будущего времени. Пациентам старческого возраста тяжелее дается восстановление после хирургического вмешательства, появляется больше ограничений, возникает зависимость от внешней поддержки. Стоит отметить, что у пациентов этой возрастной группы снижены показатели по параметру «Величина», что говорит о восприятии настоящего и будущего времени как незначимого и бессмысленного. Подобное отношение мо-

Таблица 3

Сравнительный анализ восприятия времени у пациентов в группах, ($M \pm SD$) балл*

Показатель	1-я	2-я	3-я	p =
Прошлое				
Активность	3,1 ± 1,2	4,4 ± 2,9	1,1 ± 2,4	
Эмоциональность	7,9 ± 2,1	10,6 ± 2,7	2,7 ± 1,4	1–2 = 0,043; 2–3 = 0,001
Величина	6,7 ± 1,4	9,3 ± 3,9	3,4 ± 1,1	2–3 = 0,026
Структура	6,1 ± 3,4	5,0 ± 3,4	4,2 ± 3,3	
Ощущаемость	4,4 ± 1,9	6,3 ± 2,9	2,5 ± 1,9	2–3 = 0,002
Настоящее				
Активность	3,4 ± 3,1	1,4 ± 2,5	4,2 ± 3,1	
Эмоциональность	2,0 ± 1,2	4,8 ± 2,9	2,0 ± 0,3	
Величина	6,7 ± 2,5	6,0 ± 3,4	1,6 ± 1,1	1–2 = 0,007; 2–3 = 0,017
Структура	6,1 ± 4,4	2,6 ± 1,3	1,4 ± 0,5	1–2 = 0,045; 1–3 = 0,043
Ощущаемость	3,6 ± 2,4	3,7 ± 1,5	1,8 ± 0,4	
Будущее				
Активность	4,7 ± 2,4	1,2 ± 0,3	1,0 ± 0,2	1–2 = 0,017; 1–3 = 0,049
Эмоциональность	10,4 ± 4,8	7,0 ± 1,7	1,5 ± 1,0	1–2 = 0,011
Величина	9,4 ± 4,1	9,4 ± 5,7	4,0 ± 2,6	1–2 = 0,047; 2–3 = 0,011
Структура	7,5 ± 4,2	5,8 ± 3,2	1,4 ± 1,0	1–2 = 0,043
Ощущаемость	5,9 ± 1,9	6,1 ± 2,6	2,8 ± 2,2	1–2 = 0,043; 2–3 = 0,004

* Полу жирным шрифтом выделены показатели меньше нормы.

жет указывать на низкую приверженность лечению и отсутствие веры в эффективность лечения и реабилитации. Подтверждение этого наблюдения будет отмечено далее.

Низкие показатели восприятия прошлого (эмоциональность, величина, насыщенность событиями) у пациентов 3-й группы можно объяснить ситуацией тяжелого соматического заболевания. Поскольку онкологическое заболевание оказывает большое влияние на жизнь человека, меняя все сферы его жизнедеятельности, то восприятие своего прошлого ретроспективно может искажаться в связи с высокой сосредоточенностью пациентов именно на своем заболевании. Стоит отметить, что, согласно исследованиям О.Ю. Стрижицкой [5], в норме у пациентов в старческом возрасте отношение к прошлому позитивное. Следовательно, подобное снижение восприятия прошлого не является специфичным показателем этого возраста.

Низкие показатели восприятия будущего (активность, эмоциональность, величина) у пациентов 3-й группы могут говорить о потере смысла жизни. Пациенты не видят свое будущее наполненным, важным, интересным. Будущее кажется «пустым», бессмысленным и незначимым. Пациенты воспринимают это время как «доживание» своей жизни. Низкие ожидания от будущего сопровождаются и низкими показателями генерализованного мировосприятия (табл. 3). Страх смерти, непонимание смысла жизни приводят к негативному восприятию своего будущего.

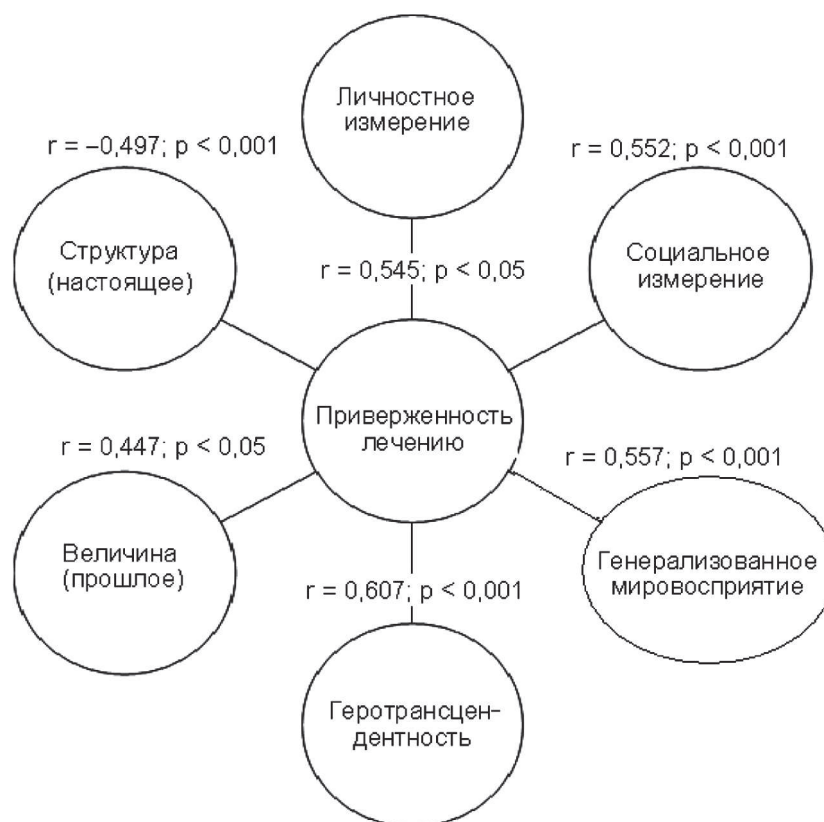
В отличие от пациентов 3-й группы, у онкологических пациентов зрелого возраста (1-я группа) выявлены нормативные показатели восприятия времени своей жизни. Во-первых, это можно объяснить тем, что у 50 % пациентов в этой группе длительность заболевания была меньше 1 года, т.е. заболевание было выявлено не так давно. Во-вторых, в этом возрасте еще достаточно психических и физических ресурсов организма и механизмов компенсации в процессе преодоления заболевания. У них больше сил на восстановление после хирургического вмешательства. Возраст 50–60 лет является базо-

вым для формирования геротрансцендентности: она только начинает формироваться и поддается быстрой корректировке. Таким образом, пациенты зрелого возраста более позитивно воспринимают себя и свой жизненный путь, они по-прежнему являются активными участниками социальных и трудовых отношений. Болезнь, безусловно, вносит коррективы в их жизненные цели и смыслы, но они готовы корректировать образ жизни и степень своей активности и вовлеченности, исходя из актуальных изменений.

Как было отмечено ранее, у пациентов пожилого возраста (2-я группа) показатели геротрансцендентности в большинстве своем статистически не отличались от показателей пациентов 1-й группы.

Для изучения приверженности лечению использовали универсальный опросник количественной оценки приверженности к лечению «КОП-25». Оказалось, что показатели в 1-й группе составили ($51,2 \pm 3,2$) балла, во 2-й – ($56,9 \pm 10,6$) балла, в 3-й – ($36,9 \pm 13,1$) балла. У пациентов 1-й и 2-й групп выявлена средняя степень приверженности лечению. У пациентов 3-й группы приверженность лечению была самая низкая и статистически достоверно отличалась от показателей пациентов 2-й группы ($p < 0,05$), т.е. была значительно снижена мотивация на лечение, на взаимодействие с медицинским персоналом и на прохождение полноценной реабилитации.

Одной из задач, поставленных в рамках исследования, было выявление взаимосвязей между психологическими характеристиками обобщенной группы пациентов среднего, пожилого и старческого возраста с приверженностью лечению (см. рисунок). Оказалось, что приверженность лечению обнаружила достоверные положительные взаимосвязи со всеми показателями опросника геротрансцендентных изменений О.Ю. Стрижицкой (личностное и социальное измерение, генерализованного мировосприятия, геротрансцендентности) и величиной (прошлой) «Семантического дифференциала времени». Отрицательная связь найдена с показателем структуры (настоящее) «Семантического дифференциала времени».



Достоверные взаимосвязи между приверженностью лечению, показателями геротрансцендентности и восприятием времени

Из полученных данных можно сделать вывод о том, приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями тесно связана с уровнем сформированности геротрансцендентности и ее компонентов: принятия физических изменений, принятия себя со своими слабыми и сильными сторонами, изменения отношения к социальному взаимодействию в сторону качества общения, а не его количества, позитивного видения окружающего мира и своего места в нем. Примечательно, что восприятие своего прошлого как значимого и важного

периода жизни, а настоящего периода как неструктурированного, непонятного и неподконтрольного из-за болезни также были связаны с высоким уровнем приверженности лечению и соответствующей мотивацией.

Были установлены взаимосвязи между характеристиками временной перспективы личности и геротрансцендентностью у пациентов с онкологическими заболеваниями. Результаты корреляционного анализа представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, с исследуемыми психологическими характеристиками имеют

Таблица 4

Взаимосвязь между временной перспективой и геротрансцендентностью у пациентов с онкологическими заболеваниями

Временная перспектива	Геротрансцендентность (по опроснику О.Ю. Стрижицкой)		
	социальное измерение	генерализованное мировосприятие	геротрансцендентность
Эмоциональность (прошлые)	0,470; $p = 0,05$		
Величина (прошлые)	0,575; $p = 0,001$	0,530; $p = 0,05$	0,539; $p = 0,05$
Величина (будущее)	0,443; $p = 0,05$	0,534; $p = 0,05$	0,475; $p = 0,05$
Ощущаемость (будущее)	0,495; $p = 0,05$	0,451; $p = 0,05$	0,464; $p = 0,05$

взаимосвязи все компоненты геротрансцендентности, кроме личностного измерения. Восприятие своего прошлого как значимого и важного периода своей жизни, наполненного положительными событиями, ощущение подконтрольности и важности своего будущего тесно связаны с высокими показателями геротрансцендентности ($p = 0,05$). Было ожидаемо, что субъективное восприятие настоящего времени у пациентов с онкологическими заболеваниями, находящихся на стационарной реабилитации после хирургического лечения, не имело значимых взаимосвязей с геротрансцендентностью и ее компонентами. В целом, можно сделать вывод о том, что в условиях тяжелого соматического заболевания не только прошлое и его насыщенность событиями, но и образ будущего, его значимость в восприятии пациента играют важную роль в поддержании геротрансцендентности и ее компонентов. Геротрансцендентность, в свою очередь, тесно связана с уровнем приверженности лечению.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что у большинства пациентов зрелого и пожилого возраста со злокачественными новообразованиями молочной железы и мочеполовой сферы на стационарном этапе реабилитации после хирургического вмешательства уровень депрессии практически клинически не проявлялся и находился в пределах нормы. У пациентов старческого возраста (3-я группа) уровень депрессии достигал легкой степени выраженности.

Установлено, что уровень геротрансцендентности и временная перспектива личности в условиях онкологического заболевания имеют свою специфику в зависимости от возраста. Если у пациентов зрелого и пожилого возраста с онкологическими заболеваниями различные компоненты геротрансцендентности статистически не отличались от нормативных значений, характерных для здоровых лиц, то у пациентов старческого возраста (76–90 лет) наблюдались выраженные нарушения восприятия своего прошлого, настоящего и будущего. Пациенты старческого возраста, страдающие онкологиче-

скими заболеваниями, воспринимают время своей жизни как бессмысленное и незначимое, которое не наполнено позитивными и интересными событиями. Будущее оценивается как темный, негативный, депрессивный, неинтересный отрезок времени. В нем нет смысла, в нем нет целей, в нем нет активности и красок. Оно «пустое». Подобная концентрация на негативных моментах своей жизни прошлого и настоящего, отсутствие позитивного настроя на будущее, отсутствие желания что-то делать и бороться могут приводить к снижению приверженности лечению и эмоциональным нарушениям в виде депрессивных проявлений. Как показано на рисунке и в табл. 4, имеется связь между восприятием временной перспективы, геротрансцендентностью и приверженностью лечению. Сниженные показатели по данным сферам личности у пациентов 3-й группы (76–90 лет) свидетельствуют о необходимости уделяния им повышенного внимания со стороны медицинского персонала и важности психологического сопровождения этих пациентов с целью увеличения эффективности реабилитации.

У пациентов 1-й (50–60 лет) и 2-й (61–75 лет) групп отмечаются нормативные показатели по исследуемым сферам. Данный феномен можно объяснить тем, что пациенты указанных возрастных групп обладают большими психологическими, физическими и социальными ресурсами и компенсаторными механизмами, что позволяет быстрее восстановиться как психически, так и физически. Развитие современных методов диагностики и высокотехнологичной медицинской помощи способствуют раннему выявлению, эффективной терапии и быстрому восстановлению онкологических пациентов, увеличению периода ремиссии и снижению смертности. При этом важно не забывать о роли психологических факторов в лечении и восстановлении пациентов с онкологией, которые могут как способствовать, так и препятствовать улучшению состояния. В данном исследовании были выявлены новые психологические феномены и характеристики личности, которые могут

оказывать влияние на успешность восстановления и реабилитационный потенциал больных после хирургического лечения. Доказана наличие статистически значимой взаимосвязи между приверженностью лечению, геротрансцендентностью и восприятием своего жизненного времени, как прошлого и настоящего, так и будущего. Сниженные показатели по одной из перечисленных сфер могут привести и к нарушению остальных.

Были выявлены пациенты «группы риска» с точки зрения уязвимости к эмоциональным расстройствам и низкой приверженности лечению – это люди 76 лет и старше, с признаками нарушенной геротрансцендентности и временной перспективы. С пациентами старческого возраста (76–90 лет) должны, помимо врачей, обязательно работать медицинские психологи – для оказания им психологической поддержки и повышения их приверженности лечению.

Выводы

1. У пациентов в возрасте 50–75 лет с онкологическими заболеваниями не были выявлены нарушения эмоциональной сферы в виде депрессивных проявлений, у пациентов в возрасте 76–90 лет выявлена легкая степень депрессии.

2. Наиболее выраженные нарушения геротрансцендентности и ее компонентов

были выявлены у пациентов в возрасте 76–90 лет.

3. Нарушения временной перспективы личности отмечаются у онкологических пациентов всех возрастных групп. У пациентов в возрасте 76–90 лет отмечаются самые низкие показатели восприятия прошлого, настоящего и будущего.

4. У пациентов зрелого и пожилого возраста с онкологическими заболеваниями отмечаются средние показатели приверженности лечению. У пациентов старческого возраста (76–90 лет) уровень приверженности лечению низкий.

5. Такие характеристики пациентов, как личностное измерение, социальное измерение, генерализованное мировосприятие, общий уровень геротрансцендентности, восприятие величины прошлого и структуры настоящего, тесно связаны с приверженностью лечению. Пациенты со сформированной геротрансцендентностью, с восприятием своего прошлого как значимого и важного периода жизни, а настоящего – как неструктурированного и неподконтрольного, имели более высокий показатель приверженности лечению.

6. Наиболее «трудными пациентами» среди больных с онкологическими заболеваниями, с точки зрения эффективности реабилитации после хирургического вмешательства, являются пациенты в возрасте 76 лет и старше.

Литература

1. Бергфельд А.Ю. Динамика жизненных ценностей женщин с онкологическим диагнозом: опыт апробации программы психологического сопровождения // *Здоровье и образование в XXI веке: электрон. науч.-образоват. вестн.* 2019. Т. 21, № 5. С. 5–10. DOI: 10.26787/nydha-2226-7417-2019-21-5-5-10.
2. Демченко Т.В., Исаева Е.Р. Геронтологические аспекты соматических заболеваний: обзор современного состояния исследований // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие.* 2020. № 4. С. 379–388. DOI: 10.23888/humJ20204379-388.
3. Зотов П.Б., Любов Е.Б. Суицидальное поведение при соматических и неврологических болезнях // *Тюмен. мед. журн.* 2017. Т. 19, № 1. С. 3–24.
4. Стилиди И.С., Котюков А.Ю., Лядов В.К. Тревожность и когнитивная дисфункция у пожилых пациентов с опухолями брюшной полости // *Современ. онкология.* 2017. Т. 19, № 1. С. 61–63.
5. Стрижикская О.Ю. Геротрансцендентность: психологическое содержание и теоретические модели // *Вестн. С.-Петерб. ун-та. Сер. Психология и педагогика.* 2017. Т. 7, № 3. С. 268–280. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2017.306.
6. Стрижикская О.Ю. Психология позитивного старения: условия, факторы и социальные эффекты геротрансцендентности: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. СПб., 2018. 50 с.
7. Napoles A.M., Ortiz C., O'Bries H. Coping resources and self-rated health among Latina breast cancer survivors // *Oncology Nursing Forum.* 2011. Vol. 38, N 5. P. 523–531. DOI: 10.1188/11.ONF.523-531.

8. Pudrovska T. What makes you stronger: age and cohort differences in personal growth after cancer // Journal of Health and Social Behavior. 2019. Vol. 51, N 3. P. 260–273. DOI: 10.1177/0022146510378239.
9. Saracino R.M., Rosenfeld B., Nelson C. J. Towards a new conceptualization of depression in older cancer patients: a review of the literature // Aging and Mental Health. 2016. Vol. 20, N 12. P. 1230–1242. DOI: 10.1080/13607863.2015.1078278.
10. Schroyen S., Missotten P., Jerusalem G., et al. Association between self-perception of aging, view of cancer and health of older patients in oncology: a one-year longitudinal study // BMC Cancer. 2017. Vol. 8, N 1. P. 3–11. DOI: 10.1016/j.jgo.2016.09.001.
11. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics // CA: a cancer journal for clinicians. 2020. Vol. 70, N 1. P. 7–30. DOI: 10/3322/caac.21590.

Поступила 14.03.2022 г.

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Демченко Т.В. Геротрансцендентность, отношение к будущему и приверженность лечению у пациентов с онкологическими заболеваниями // Вестник психотерапии. 2021. № 83. С. 29–39. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-29-39

T.V. Demchenko

Gerotranscendence, attitudes towards the future and adherence to treatment in patients with cancer

First Pavlov State Medical University of St. Petersburg
(6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 107002, Russia)

✉ Tatiana Vladimirovna Demchenko – assistant of the Department of General and Clinical psychology. First Pavlov State Medical University of St. Petersburg (6–8, L'va Tolstogo Str., St. Petersburg, 107002, Russia), e-mail: dtvperm@yandex.ru

Abstract

Relevance. Increased life expectancy and improved diagnosis contribute to an increase in the number of oncological diseases, which are the second most fatal diseases in the world. An average age at diagnosis is 64.5 years. They lead to severe emotional disturbances, a decrease in the quality of life, thus decreasing treatment effectiveness.

Intention. To study the emotional sphere, gerotranscendence, attitudes towards one's future and their relationship with adherence to treatment in elderly and senile patients suffering from oncological diseases.

Methodology. Patients of elderly and senile age were examined. The following tests were used: the "Questionnaire of gerotranscendental changes" by O.Yu. Strizhitskaya; "Semantic time differential" by L.I. Wasserman to diagnose the subjective perception of the time of one's life; the Geriatric Depression Scale (GDS-30); "Russian universal questionnaire for the quantitative assessment of adherence to treatment".

Results and Discussion. Affective disorders, namely depression manifestations, were revealed in oncological patients aged 76–90 years. The risk group is patients aged 76–90 years with an established oncological diagnosis (the lowest scores on all gerotranscendence scales, low scores on life time perception, low adherence to treatment). Adherence to treatment in cancer patients has stable direct relationships with all components of gerotranscendence and the perception of the magnitude of one's past time.

Conclusion. Patients aged 76–90 years with oncological diseases are at risk of potentially decreased effectiveness of therapeutic intervention and rehabilitation. Therefore, patients of this age group need psychological support in the rehabilitation process.

Keywords: oncology, elderly and senile age, gerotranscendence, time perspective, adherence to treatment.

References

1. Bergfeld A.Yu. Dinamika zhiznennykh tsennostey zhenshchin s onkologicheskimi diagnozom: opyt aprobatsii programmy psikhologicheskogo soprovozhdeniya [Dynamics of life values of cancer diagnosed women: testing the program of psychological support]. *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke* [Online scientific & educational bulletin *Zdorov'e i obrazovanie v XXI veke*]. 2019; 21(5):5–10. DOI: 10.26787/nydha-2226-7417-2019-21-5-5-10. (In Russ.)
2. Demchenko T.V., Isaeva E.R. Gerontologicheskie aspekty somaticheskikh zabolevaniy: obzor sovremennogo sostoyaniya issledovaniy [Gerontological aspects of somatic diseases: overview of the current state of research]. *Lichnost' v menyayushchemsya mire: zdorov'e, adaptatsiya, razvitiye* [Personality in a changing world: health, adaptation, development]. 2020; (4):379–388. DOI: 10.23888/humj20204379-388. (In Russ.)
3. Zotov P.B., Lyubov E.B. Suitsidal'noe povedenie pri somaticheskikh i nevrologicheskikh boleznyakh [Suicidal behavior in the medical patients]. *Tyumenskiy meditsinskiy zhurnal* [Tyumen medical journal]. 2017; 19(1):3–24. (In Russ.)
4. Stilidi I.S., Kotyukova A.Yu., Lyadov V.K. Trevozhnost' i kognitivnaya disfunktsiya u pozhilykh patsientov s opukholyami bryushnoy polosti [Anxiety and cognitive impairment in elderly patients with gastrointestinal cancers]. *Sovremennaya onkologiya* [Journal of modern oncology]. 2017; 19(1):61–63. (In Russ.)
5. Strizhitskaya O.Yu. Gerotranssendentnost': psikhologicheskoe sodержание i teoreticheskie modeli [Gerotranscendence: psychological content and theoretical models]. *Vestnik Sankt-Petersburgskogo universiteta. Seriya: Psikhologiya i pedagogika* [Vestnik of Saint Petersburg University. Psychology]. 2017; (3):268–280. DOI: 10.21638/11701/spbu16.2017.306. (In Russ.)
6. Strizhitskaya O.Yu. Psikhologiya pozitivnogo stareniya: usloviya, faktory i sotsial'nye efekty gerotranssendentnosti [Psychology of positive aging: conditions, factors and social effects of gerotranscendence]: Abstract dissertation PhD Med. Sci. St. Petersburg. 2018. 50 p. (In Russ.)
7. Napoles A.M., Ortiz C., O'Bries H. Coping resources and self-rated health among Latina breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*. 2011; 38(5):523–531. DOI: 10.1188/11.ONF.523-531
8. Pudrovskaya T. What makes you stronger: age and cohort differences in personal growth after cancer. *Journal of Health and Social Behavior*. 2019; 51(N 3):260–273. DOI: 10.1177/0022146510378239.
9. Saracino R.M., Rosenfeld B., Nelson C.J. Towards a new conceptualization of depression in older cancer patients: a review of the literature. *Aging and Mental Health*. 2016; 20(12):1230–1242. DOI: 10.1080/13607863.2015.1078278.
10. Schroyen S., Missotten P., Jerusalem G. [et al.]. Association between self-perception of aging, view of cancer and health of older patients in oncology: a one-year longitudinal study. *BMC Cancer*. 2017; 8(1):3–11. DOI: 10.1016/j.jgo.2016.09.001.
11. Siegel R.L., Miller K.D., Jemal A. Cancer statistics. *CA: a cancer journal for clinicians*. 2020; 70(1):7–30. DOI: 10.3322/caac.21590.

Received 14.03.2022

For citing: Demchenko T.V. Gerotranssendentnost', otnoshenie k budushchemu i priverzhennost' lecheniyu u patsientov s onkologicheskimi zabolevaniyami. *Vestnik psikhoterapii*. 2022; (83):29–39. (In Russ.)

Demchenko T.V. Gerotranscendence, attitudes towards the future and adherence to treatment in patients with cancer. *Bulletin of Psychotherapy*. 2022; (83):29–39. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-29-39.
