

УДК: 159.923.2:618.19-089.87

ББК: 88.351.2

Психологические науки

## Особенности схемы тела пациентов, перенесших мастэктомию.

© *В.Н. Ткачев<sup>1</sup>, И.Л. Киселев<sup>2</sup>, В.В. Хвостовой<sup>3</sup>, Е.А. Петраш<sup>4</sup>,  
В.А. Савостиков<sup>5</sup>, Е.Н. Суббота<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>**Ткачев В.Н.** - декан факультета психологии, кандидат философских наук, ФГАОУ ВПО НИУ «Белгородский государственный университет» (НИУ БелГУ)

E-mail: tkachev@bsu.edu.ru

Адрес: 308015 ул. Победы, 85, Белгород, Российская Федерация.

<sup>2</sup>**Киселев И.Л.** - главный врач, ОБУЗ «Курский областной онкологический диспансер»

Адрес: 305035, г. Курск, ул. Пирогова, 20, Российская Федерация.

<sup>3</sup>**Хвостовой В.В.** - зав. каф. онкологии, кандидат медицинских наук, доцент

<sup>4</sup>**Петраш Е.А.** - доцент каф. психологии здоровья и коррекционной психологии, кандидат психологических наук

<sup>5</sup>**Савостиков В.А., Суббота Е.Н.** - студент факультета клинической психологии,

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России (КГМУ)

Адрес: 305041, г. Курск, ул. К. Маркса, 3, Российская Федерация.

### АННОТАЦИЯ

Целью исследования является изучение нарушения схемы тела пациентов, перенесших мастэктомию. В результате исследования установлено, что нарушения схемы тела вне зависимости от глубины удаления молочной железы, проявляются в нарушении ориентировки во внутренней и внешней схеме тела, а также в искажении представлений о схеме тела. На уровне семантического означивания выявлена отказная реакция оценки собственного тела, а также низкая дифференцированность семантического означивания.

У пациентов, перенесших мастэктомию с полным удалением молочной железы, выявлен асоматогностический феномен, определяемый как ощущение искажения собственного тела с изменением субъективной оценки собственного веса и величины различных частей тела. У пациентов с частичным (сегментарным) удалением молочной железы, данный феномен проявляется лишь частично – в изменении субъективной оценки собственного телосложения; нарушения внутренней и внешней ориентировки в схеме тела не являются устойчивыми.

**Ключевые слова:** схема тела, ориентация в схеме тела, представление о схеме тела, семантическое означивание схемы тела, мастэктомия.

Онкологические заболевания составляют особую группу заболеваний, которая характеризуется страхом смерти и резким снижением качества жизни. В рамках клинико-психологических исследований данная группа заболеваний рассматривается как кризисная и экстремальная ситуация, имеющая ряд специфических признаков: внезапность появления, отсутствие возможности контроля ситуации, стадийность протекания заболевания и реакций на него, разрушение ранее сложившейся картины мира. В ситуации онкологического заболевания нарушается сложившееся функционирование личности, что проявляется в невозможности реализации своих жизненных ценностей и целей в рамках прежней модели поведения. Согласно данным современных исследований, онкологические больные ощущают безысходность своего положения, которая блокирует привычное течение жизни; происходит фрустрация духовных потребностей; бесперспективность приводит к утрате субъективного смысла жизни; трансформация системы жизненных ценностей; переоценка жизненного пути [3].

Онкологические заболевания, имеющие внешний дефект в виде удаления (частичного или полного) молочной железы у женщин, снижают общий уровень качества жизни, затрагивая существенные сферы жизнедеятельности и отношений, искажая представления о себе и самоотношение. Н.Ю. Иванова (2014) отмечает, что на психологическом уровне среди последствий мастэктомии, для женщин характерно резкое снижение самооценки, социальной дезадаптации, изменении в восприятии своего «физического Я». Существенные затруднения для реабилитации данной категории онкологических больных могут создавать также страхи и переживания относительно возможности рецидивов заболевания [2].

Осуществляя библиометрический анализ научных публикаций в системе Elibrary по ключевым словам «схема тела» в глубине 10 лет (2006–2016 г.г.), отмечается девятикратное увеличение публикаци-

онной активности. В ходе тематической дифференциации научных публикаций, обращаясь к проблеме изучения схемы тела, выделены следующие: «Зопсихология» (10%), «Психология развития» (20%), «Психология личности» (13%), «Социальная психология» (11%), «Клиническая психология» (36%), «Другое» (10%). Полученные данные указывают на то, проблема изучения схемы тела является наиболее актуальной для клинической психологии [5].

Целью исследования является изучение особенностей схемы тела пациентов, мастэктомию.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на базе ОБУЗ «Курский областной клинический онкологический диспансер». Общий объем выборки составил 57 испытуемых (женщин) в возрасте от 28 до 63 лет (средний возраст составил  $41,54 \pm 4,29$  лет). Критерием включения испытуемых в выборку являлось наличие диагноза «Злокачественное новообразование молочной железы» (С50 по МКБ-10) и применение оперативного способа лечения (частичное или полное удаление молочной железы). Дифференциация испытуемых на исследовательские группы осуществлялась по глубине (степени) оперативного вмешательства: в экспериментальную группу (Э) вошли 25 пациенток, перенесших мастэктомию, с полным удалением молочной железы; контрольную группу (К) составили 32 пациентки, перенесшие частичное (сегментарное) удаление молочной железы. Исследование осуществлялось на условиях информированного согласия

Инструментальное обеспечение исследования в рамках нейропсихологического подхода в качестве основного включало в себя комплекс нейропсихологических проб (право-левая ориентировка, показ частей своего тела и лица, проба на исследование пространственной ориентировки (проба Хедда), воспроизведение положения руки по отношению к

лицу, воспроизведение соотносительно-го положения кистей двух рук, перенос позы с одной руки на другую)[1], а также модификацию методики «Автопортрет» с целью изучения диссоциации образа-Я (Никишина В.Б., Петраш Е.А.) [4], семантический дифференциал Осгуда, методика «Силуэт», измерение объективизирующих показателей схемы тела (таблица 1).

Количественная оценка результатов выполнения нейропсихологических проб осуществлялась по критериям точности выполнения действий и дифференцированности движений. Оценивая результат выполнения каждой нейропсихологической функциональной пробы, по каждому критерию испытуемому присваивался соответствующий балл по шкале, предложенной Л.И. Вассерман (1997): 0 баллов

(отсутствие ошибок или «неспецифические» ошибки длятой или иной пробы, свойственные и здоровым испытуемым, например, такие как орфографические ошибки при письме и др.); 1 балл (слабовыраженные нарушения; отмечается ряд мелких погрешностей, исправляемых самим испытуемым практически без участия экспериментатора; нижняя нормативная граница); 2 балла (нарушения средней степени тяжести высших психических функций; испытуемый в состоянии выполнить задание после нескольких попыток, развернутых подсказок и наводящих вопросов); 3 балла (грубые расстройства высших психических функций; задание недоступно для выполнения даже после подробного многократного разъяснения со стороны экспериментатора) [1].

Таблица 1.

Качественно-количественные параметры анализа схемы тела у пациентов, перенесших мастэктомию

Диагностируемый параметр схемы тела	Метод измерения	Процедура
Ориентация во внутренней схеме тела	Ориентация в схеме тела с дифференциацией (право-лево, верх-низ, части тела)	Проводится по вербальной инструкции. Экспериментатор называет часть тела, область касания, направление, испытуемый указывает необходимую область.
	Воспроизведение позы по образцу	Предъявление инструкции по зрительному и кинестетическому образцу. В первом случае испытуемому предъявляются поочередно позы, правой и левой рукой. Испытуемый повторяет одновременно с экспериментатором во втором варианте испытуемому дается инструкция закрыть глаза и повторить рукой позу, которую сложил экспериментатор испытуемому.
Внешняя ориентация в схеме тела	Пройти в пространстве	Перед испытуемым ставится задача определить, сумеет ли он пройти в предложенном ему пространстве. При этом предъявляется три варианта: пространство меньше соматометрических характеристик испытуемого, испытуемому в него не пройти; пространство больше соматометрических характеристик испытуемого; пространство равно соматометрическим характеристикам испытуемого, достаточно для прохождения.
	План помещения	Испытуемый изображает схему помещения, в котором находится, после отмечает свое местоположение на схеме.

Диагностируемый параметр схемы тела	Метод измерения	Процедура
Представление о схеме тела	Силуэт (в 5 вариантах)	Испытуемому предъявляются силуэты людей различной конституции: астеник, нормостеник, гиперстеник, а также промежуточные типы. Испытуемому предлагается определить к какому типу телосложения он относится. После выполнения данной методики экспериментатором сравнивается индекс массы тела, полученный на основе фактических значений роста и веса с ответом испытуемого. Полученные данные свидетельствуют об особенностях восприятия схемы тела.
	Окружность пальца и длина стопы	Испытуемому предлагается изобразить на листе бумаги в виде окружности приблизительную окружность указательного пальца и длину стопы. После чего полученные данные сравниваются с фактическими значениями.
	Автопортрет (тень)	Позволяет измерить степень диссоциации образа Я по следующим параметрам: нарушение восприятия схемы тела; трансдукция мышления; возникновение образа суб Я; изменение эмоциональной экспрессии.
Семантическое означивание областей тела	Семантический дифференциал	Производится построение групповых семантических пространств. Координатами объекта в семантическом пространстве служат его оценки по ряду биполярных градуированных оценочных шкал, противоположные полюса которых заданы с помощью вербальных антонимов. Испытуемому предлагается выбрать одно определение из группы антонимов которое максимально близко характеризует особенности областей тела испытуемого: конечности; лицо; туловище; спина; грудь; живот.

В исследовании представлений о схеме тела с использованием методики «Силуэт» объективизация параметров осуществлялась через оценку фактических весо-ростовых показателей (в килограммах и сантиметрах соответственно) и показателей диаметра указательного пальца правой руки (мм) и длины стопы (см). Соотношение весо-ростовых показателей определялось через расчет индекса Кетле по формуле: вес тела (кг) разделить на рост (м) в квадрате  $W/(P^2)$ . Нормативные показатели составляют у мужчин 19-25; у женщин - 19-24.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с использованием методов описательной (среднее значение, показатели разброса, минимальное и максимальное значение, долевое распределение) и сравнительной

(угловое преобразование  $\phi$ -Фишера.

Исследование включало три этапа. Первым этапом являлось изучение ориентации в схеме тела пациентов, перенесших мастэктомию. На втором этапе осуществлялось исследование представлений о схеме тела пациентов, перенесших мастэктомию. Задачей третьего этапа явился анализ семантического означивания схемы тела пациентов, перенесших мастэктомию.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Схема тела пациентов, перенесших мастэктомию (как частичную, так и полную), характеризуется значительными нарушениями в параметрах внешней и внутренней ориентировки, на что указывают результаты оценки выполнения функциональных нейропсихологических проб (таблица 2).

Таблица 2

Показатели средних тенденций результатов выполнения функциональных нейропсихологических проб пациентами, перенесшими мастэктомию

Нейропсихологические пробы	Точность выполнения ( $x \pm \sigma$ )		Дифференцированность выполнения ( $x \pm \sigma$ )	
	Полное удаление	Частичное удаление	Полное удаление	Частичное удаление
проба на право-левую ориентировку	3,3±0,15	1,9±0,17	3,3±0,15	2,1±0,12
проба Хеда	3,1±0,11	2,0±0,14	3,1±0,17	2,0±1,01
проба на воспроизведение соотносительного положения кистей двух рук	2,9±0,12	2,1±0,27	3,1±0,16	2,2±0,12
проба на воспроизведение положения руки по отношению к лицу	3,1±0,22	2,1±0,38	3,1±0,28	1,8±0,27
проба «Показ частей своего тела и лица»	2,7±0,04	2,2±0,19	3,2±0,06	1,9±0,39
проба на перенос позы с одной руки на другую	3,2±0,06	1,8±0,54	3,0±0,27	1,8±0,26

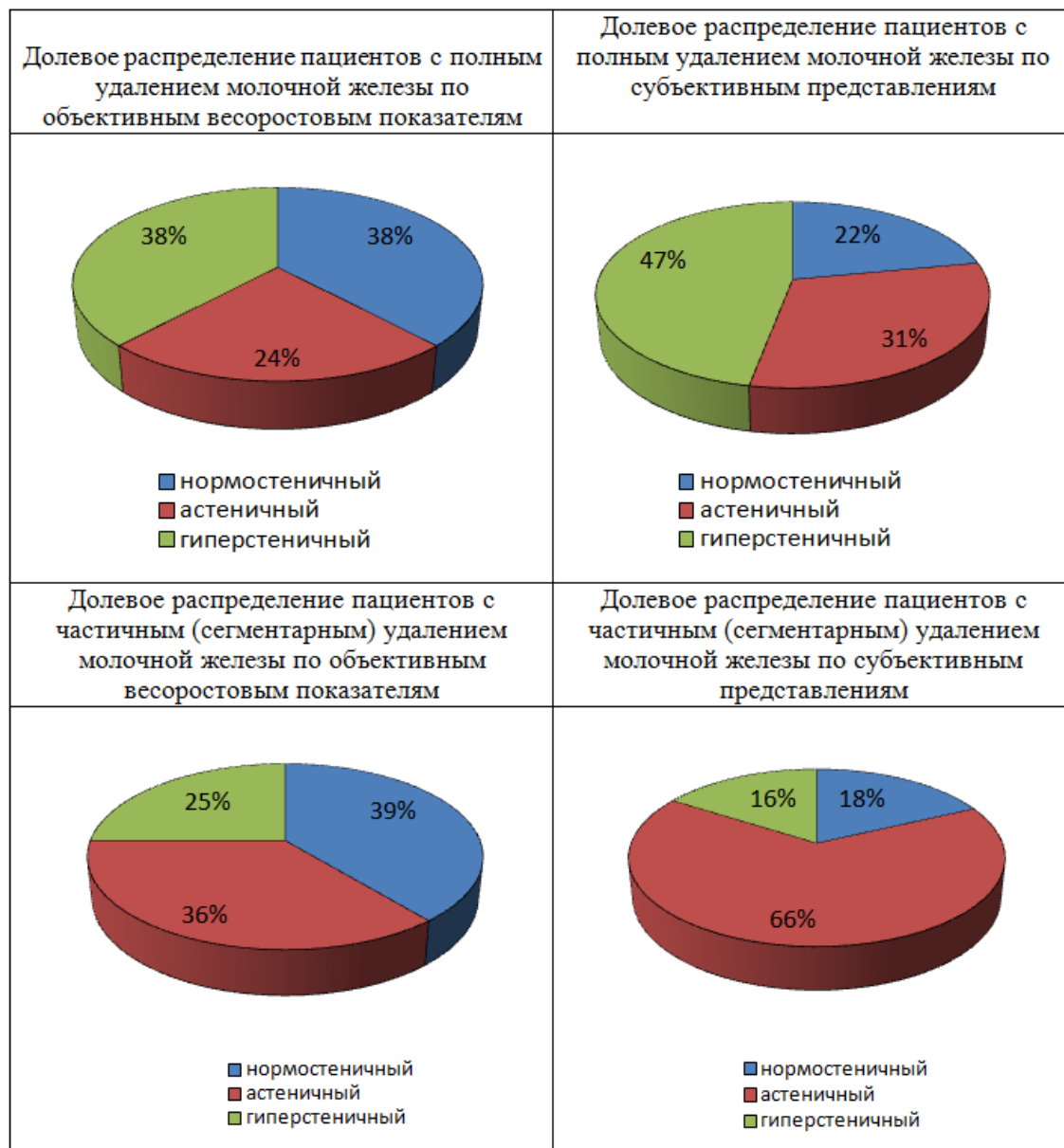
Полученные результаты, характеризующиеся низкой гетерогенностью как по точности, так и по дифференцированности движений при выполнении функциональных проб указывает на существенные нарушения в ориентировке во внутренней и внешней схеме тела. Нарушение ориентации во внутренней схеме тела проявляется в снижении точности право-левой ориентировки (неверно указывают части тела справа и слева у себя), зеркальном повторении пространственного положения кистей рук; ошибках в соотносительном положении кистей рук. Нарушение внешней ориентации в схеме тела проявляется в неверном соотношении собственных соматометрических характеристик и характеристик внешнего пространства; искажении схемы изображения плана помещения, в котором находится пациент, а также неверном указании собственного местоположения в нем. При этом допущенные ошибки после подсказок психолога и указания на ошибку у пациентом с полным удалением молочной железы не корректировались; пациенты с частичным (сегментарным) удалением молочной железы после ука-

зания на ошибку в большинстве случаев корректировали свои действия.

Оценивая значимость различий в показателях точности и дифференцированности выполнения функциональных нейропсихологических проб, направленных на оценку внутренней и внешней ориентировки в схеме тела, установлено, что по всем показателям у пациентов с полным удалением молочной железы получены значимо более высокие результаты в сравнении с пациентами с частичным (сегментарным) удалением. Учитывая обратный характер количественной шкалы оценки результатов выполнения функциональных нейропсихологических проб, полученные результаты свидетельствуют о более грубых нарушениях ориентации в схеме тела (как внешней, так и внутренней) у пациентов с полным удалением молочной железы в сравнении с пациентами с частным (сегментарным) удалением.

При исследовании объективизирующих показателей схемы тела, а также представлений о собственном телосложении получены следующие результаты (рис. 1).





**Рис. 1.** Диаграммы долевого распределения пациентов, перенесших мастэктомию, по критерию объективных весо-ростовых показателей и субъективных представлений о собственном телосложении.

Субъективные представления пациентов с полным удалением молочной железы с нормостенией по объективным весо-ростовым показателям соответствуют гиперстении в 100% случаев. При частичном (сегментарном) удалении молочной железы у пациентов с нормостенией по объективным весо-ростовым показателям в 96% случаев субъективные представления о собственном телосложении соответствуют астении.

У пациентов как с полным, так и с частичным (сегментарным) удалением молочной железы также выявлено несоответствие объективных показателей диаметра ука-

зательного пальца правой руки и длины стопы их субъективным представлениям: при полном удалении молочной железы субъективное изображение диаметра большого пальца значительно больше реального (на 3-5 мм), изображение длины стопы значительно меньше реального (на 2-4 см); при частичном (сегментарном) удалении молочной железы субъективное изображение диаметра большого пальца меньше реального на 2-4 мм, изображение стопы соответствует реальному.

При исследовании показателей диссоциации образа-Я выявлен высокий уровень диссоциации вне зависимости от глубины

удаления молочной железы, на указывают среднее значение показателя разности высот основного и дополнительного изображения в мм ( $\Delta d1$ ) и величина угла между основным и дополнительным изо-

бражением. Чем сильнее выражен дефект (полное или частичное удаление молочной железы), тем выше уровень диссоциации образа-Я у пациентов, перенесших мастэктомию (Рис. 2).

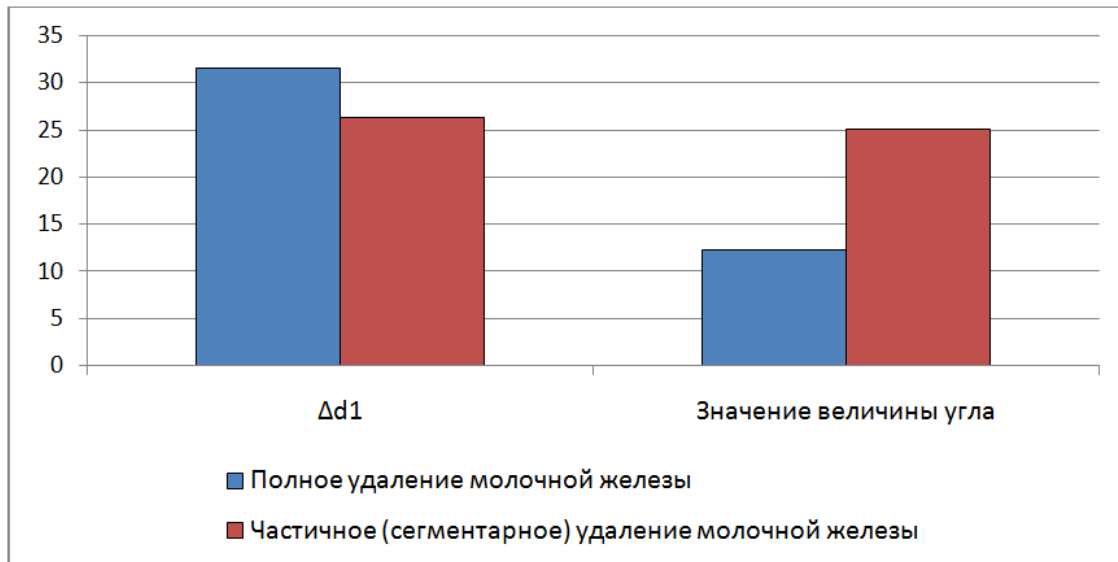


Рис. 2. Показатели диссоциации образа-Я у пациентов, перенесших мастэктомию

Полученные результаты исследования представлений о схеме тела у пациентов, перенесших мастэктомию, свидетельствуют о несоответствии объективных параметров – реальных весо-ростовых показателей и частей тела (диаметр указательного пальца правой руки, длина стопы) субъективным представлениям, что подтверждается высокими показателями диссоциации образа-Я. При этом достоверно установлено, чем больше глубина оперативного вмешательства, тем больше выраженность внешнего дефекта, тем сильнее искажены (деформированы) представления о схеме тела у пациентов, перенесших мастэктомию.

В результате анализа семантического означивания схемы тела пациентов, перенесших мастэктомию. Достоверно установлено, что при полном удалении молочной железы в преобладающем большинстве случаев лицо обозначается как дисгармоничное, толстое, тяжелое; конечности характеризуются как больные, старые и холодные; туловище обозначается как неприятное, дисгармоничное, чужое, необычное и тяжелое; спина характеризуется как грубая, неприятная, старая и

чужая; грудь определяется как дисгармоничная, чужая, неприятная, необычная; живот характеризуется как грубый, необычный, чужой, толстый, дисгармоничный, больной и твердый. У пациентов с частичным (сегментарным) удалением молочной железы тенденция использования негативных дескрипторов сохраняется при общем снижении показателей частоты встречаемости. Лицо обозначается как старое и неприятное, конечности характеризуются как дисгармоничные, обычные, напряженные; туловище определяется как неприятное, больное, дисгармоничное; спина характеризуется как большая, дисгармоничная, тяжелая; грудь определяется как больная, чужая, дисгармоничная; живот характеризуется как толстый, старый, мягкий, необычный. Полученные данные указывают на то, что при частичном (сегментарном) удалении молочной железы у пациентов, перенесших мастэктомию, дифференцированность семантического означивания схемы тела выше в сравнении с пациентами, перенесшими мастэктомию с полным удалением молочной железы.

## ОБСУЖДЕНИЕ

В результате проведенного исследования у пациентов, перенесших мастэктомию, выявлены нарушения схемы тела вне зависимости от глубины удаления молочной железы (полное или сегментарное), проявляющиеся в нарушении ориентировки во внутренней и внешней схеме тела, а также в искажении представлений о схеме тела. Нарушение ориентировки во внутренней и внешней схеме тела проявляется в нарушении пространственной и квазипространственной организации движений и действий. Искажение представлений о схеме тела у пациентов, перенесших мастэктомию, проявляется в несоответствии объективных весо-ростовых показателей субъективным представлениям о собственном телосложении и отдельных частях тела, а также высоком уровне диссоциации. У пациентов, перенесших мастэктомию с полным удалением молочной железы, выявлен асома-тогностический феномен, определяемый как ощущение искажения собственного тела с изменением субъективной оценки собственного веса и величины различных

частей тела. У пациентов с частичным (сегментарным) удалением молочной железы, данный феномен проявляется лишь частично – в изменении субъективной оценки собственного телосложения; нарушения внутренней и внешней ориентировки в схеме тела не являются устойчивыми (при указании на ошибки самостоятельно корректируются пациентами).

На уровне семантического означивания схемы тела у пациентов, перенесших мастэктомию, выявлена низкая дифференцированность дескрипторов при полном удалении молочной железы в сравнении с пациентами при частичном (сегментарном) удалении молочной железы. Вне зависимости от глубины удаления молочной железы у 86% пациентов отмечается отказ оценки своего тела.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что полученные результаты исследования позволяют включить в процесс психологического сопровождения данной группы пациентов на этапе реабилитации выявленные нарушения схемы тела с учетом глубины оперативного вмешательства.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Мейерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. СПб.: Стройлеспечат, 1997. 360 с.

2. Иванова Н.Ю. Индивидуально-психологические особенности женщин, перенесших мастэктомию по поводу рака молочной железы // В сборнике: Современная психология: теория и практика Материалы XIII международной научно-практической конференции. Научно-информационный издательский центр «Институт стратегических исследований». 2014. С. 68-74.

3. Липецкий Н. Н. Психологические осо-

бенности отношения к жизни онкологических больных (на примере женщин больных раком молочной железы III ст.) [Текст] / Н. Н. Липецкий // Молодой ученый. – 2013. – №7. – С. 372-374.

4. Никишина В.Б., Петраш Е.А. Модификация методики «Автопортрет» с целью изучения диссоциации образа Я // Вопросы психологии, 2016. №3. С.156-167

5. eLIBRARY.RU - научная электронная библиотека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>



## PECULIARITIES OF THE BODY SCHEME OF PATIENTS AFFECTED BY MASTECTOMY

*Vi.Ni. Tkachev<sup>1</sup>, Ig.Le. Kiselev<sup>2</sup>, Vl.Vl. Khvostovoy<sup>3</sup>, Ek.An. Petrash<sup>4</sup>,  
Vl.A. Savostikov<sup>5</sup>, Ek.N. Subbota<sup>5</sup>*

<sup>1</sup>**Tkachev Vi.Ni.** - Dean of the Faculty of Psychology, Candidate of Philosophy, (The National Research University "Belgorod State University")

E-mail: tkachev@bsu.edu.ru

Address: 308015 st. Pobedy, 85, Belgorod, Russian Federation

<sup>2</sup>**Kiselev Ig.Le.**- Head physician, Kursk Regional Oncology Center

Address: 305035, Kursk region, Kursk, Pirogova-st. 20

<sup>3</sup>**Khvostovoy Vl.Vl.**- Head of oncology Department, Kursk State Medical University.

<sup>4</sup>**Petrash Ek.An.**- assistant professor of psychology health and correctional psychology

E-mail: petrash@mail.ru

<sup>5</sup>**Savostikov Vl.A., Subbota Ek.N.**- student, Kursk State Medical University.

Address: K. Marks-st, 3, Kursk, 305041, Russian Federation

### Abstract

The aim of the study is to study the disruption of the body structure of patients who underwent a mastectomy. As a result of the study, it was established that the disturbances in the body's scheme, regardless of the depth of the mammary gland removal, are manifested in the violation of orientation in the internal and external body scheme, as well as in the distortion of the concept of the body scheme. At the level of semantic signification, a rejection reaction of the evaluation of one's own body was revealed, as well as the low differentiation of semantic signification.

In patients who underwent a mastectomy with complete removal of the breast, an asomatological phenomenon was identified, defined as a feeling of distortion of one's own body with a change in the subjective evaluation of its own weight and the magnitude of various parts of the body. In patients with partial (segmental) removal of the breast, this phenomenon manifests itself only partially - in changing the subjective assessment of their own physique; Violations of internal and external orientation in the body scheme are not sustainable.

**Keywords:** mediatory competence, intellectual activity.

### REFERENCE

1. Vasserman L.I., Dorofeyeva S.A., Meyerson YA.A. Metody neyropsikhologicheskoy diagnostiki. SPb.: Stroylespechat', 1997. 360 s.

2. Ivanova N.YU. Individual'no-psikhologicheskoye osobennosti zhenshchin, perenesshikh mastektomiyu po povodu raka molochnoy zhelezy // V sbornike: Sovremennaya psikhologiya: teoriya i praktika Materialy XIII mezhdunarodnaya nauchno-prakticheskoy konferentsii. Nauchno-informatsionnyy izdatel'skiy tsentr «Institut strategicheskikh issledovaniy». 2014. S. 68-74.

3. Lipetskiy N. N. Molochnyye zhelezy III st. [Tekst] / N. N. Lipetskiy // Molodoy uchenyy. - 2013. - №7. - S. 372-374.

4. Nikishina V.B., Petrash Ye.A. Modifikatsiya metodiki «Avtoportret» s tsel'yu izucheniya dissociatsii obraza YA // Voprosy psikhologii, 2016. №3. S.156-167

5. eLIBRARY.RU - nauchnaya elektronnyaya biblioteka [Elektronnyy resurs]. - Rezhim dostupa: <http://elibrary.ru/defaultx.asp>