

Ассоциация онкологов Северо-Западного Федерального округа
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. И.П. Павлова» Минздрава России
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр
психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»

ОНКОПСИХОЛОГИЯ

ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ
И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

РУКОВОДСТВО

Санкт-Петербург
2018

УДК 159.9:616-006

ББК 88.7

О58

Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство. Издание 2-ое, дополненное // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. – СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2018. – 436 с.
978-5-6041113-3-8

Рецензенты:

Ведущий специалист в области пограничной психиатрии и психотерапии по Северо-Западному федеральному округу, зав. кафедрой клинической психологии и психологической помощи Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена

д. м. н., профессор А.Н. Алевин

И.о. зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии Санкт-Петербургского государственного университета

д. психол. н., профессор О.Ю. Щелкова

В руководстве содержатся материалы по теоретическим и практическим вопросам онкопсихологии. Дается представление о качестве жизни онкологических больных. Представлена история развития психоонкологии в мире и история развития психоонкологии и онкопсихологии в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Рассматриваются психологические аспекты врачебной деятельности и показаны результаты исследования эмоционального выгорания врачей-онкологов. Приводятся результаты психологических исследований, проводимых в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в разные годы. Подробно анализируется ситуация онкологического заболевания с позиции медицинского психолога и с позиции врача-психотерапевта. Рассматриваются вопросы психологической помощи онкологическим больным, к 1-му оказываемой медицинским психологом, и приводятся принципы и методы психофармакотерапии, используемой врачом-психотерапевтом. Детально представлены психологические особенности ребенка, страдающего онкологическим заболеванием, описаны методы работы с ним медицинского психолога и врача-психотерапевта. Показаны результаты исследования эмоционального напряжения онкологических больных. Обозначены перспективы развития онкопсихологии.

Руководство предназначено для врачей-онкологов и медицинских/клинических психологов, работающих в онкологической клинике.

«Утверждено»

в качестве руководства Ученым советом
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
протокол №4 от «16» мая 2017 г.

УДК 159.9:616-006

ББК 88.7

ISBN 978-5-6041113-3-8

© Коллектив авторов, 2018

© АНО «Вопросы онкологии», 2018

АВТОРЫ РУКОВОДСТВА

1. **Беляев Алексей Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор, директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Главный внештатный онколог СЗФО
2. **Бернацкий Артур Степанович** – заведующий терапевтическим отделением Медицинского научного центра ФГБНУ «Институт экспериментальной медицины» РАН, врач-гастроэнтеролог медицинского центра ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
3. **Вагайцева Маргарита Валерьевна** – медицинский психолог, кандидат психологических наук, научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, медицинский психолог СПбГКУЗ «Хоспис 1»
4. **Васильева Анна Владимировна** - доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
5. **Васильева Надежда Геннадьевна** - кандидат психологических наук, клинический психолог отделения физиотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
6. **Демин Евгений Владимирович** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научного отдела организации противораковой борьбы ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России
7. **Донских Роман Владимирович** - кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по медицинской части, доцент учебно-методического отдела ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
8. **Караваева Татьяна Артуровна** - доктор медицинских наук, руководитель, главный научный сотрудник отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии ФГБОУ ВО СПбГУ, Вице-Президент Российской Психотерапевтической Ассоциации.
9. **Карицкий Андрей Петрович** – кандидат медицинских наук, доцент, главный врач ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава

- России, заместитель главного внештатного специалиста-онколога комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга
10. **Кондратьева Кристина Орхановна** - аспирант кафедры клинической психологии и психологической помощи РГПУ им. А.И. Герцена, медицинский психолог ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 11. **Котова Зарина Сергеевна** – аспирант научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 12. **Крылова Оксана Аркадьевна** - врач-психотерапевт отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
 13. **Кулева Светлана Александровна** - доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, заведующая отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии СПбГМУ
 14. **Лукошкина Екатерина Павловна** – клинический психолог, преподаватель Учебного центра ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
 15. **Пестерева Елена Викторовна** – медицинский психолог, кандидат психологических наук, научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, старший преподаватель кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуации ФГБОУ ВО СПбГУ, старший преподаватель кафедры гуманитарных дисциплин и биоэтики ФГБОУ ВО СПбГМУ Минздрава России
 16. **Попов Тарас Максимович** - клинический психолог, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуации ФГБОУ ВО СПбГУ
 17. **Рогачев Михаил Васильевич** - кандидат медицинских наук, доцент, заведующий учебно-методическим отделом ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России
 18. **Рысенкова Диана Мамедовна** - клинический психолог, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуации ФГБОУ ВО СПбГУ
 19. **Семиглазова Татьяна Юрьевна** - доктор медицинских наук, заведующая отделом - ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

- 20. Семиглазов Владислав Владимирович** - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии ФГБОУ ВО «ПСПГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, ведущий научный сотрудник ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
- 21. Черненко Ольга Анатольевна** - клинический психолог, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО СПбГУ, ассистент кафедры общей и клинической психологии и медицинский психолог отделения восстановительной медицины клиники ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО «ПСПГМУ им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России.
- 22. Чулкова Валентина Алексеевна** – медицинский психолог, кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, доцент кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций ФГБОУ ВО СПбГУ
- 23. Щербаков Александр Михайлович** – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, заведующий научным отделением внутрисветной эндоскопии ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, профессор кафедры онкологии ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава России

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к 2-му дополненному изданию	Беляев А.М.	9
Предисловие к 1-му изданию	Беляев А.М.	10
Глава 1	КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ВАЖНЕЙШИЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	12
	Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Котова З.С., Демин Е.В., Бернацкий А.С., Семиглазов В.В., Карицкий А.П., Беляев А.М.	
Глава 2	ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХООНКОЛОГИИ В МИРЕ	35
	Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П.	
Глава 3	ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПСИХООНКОЛОГИИ И ОНКОПСИХОЛОГИИ В НИИ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА	51
	Чулкова В.А., Демин Е.В., Рогачев М.В., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Беляев А.М.	
Глава 4	ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС	68
	Чулкова В.А., Пестерева Е.В.	
Глава 5	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ОНКОЛОГА	88
	Чулкова В.А., Пестерева Е.В.	
5.1	Особенности взаимодействия врача с онкологическим пациентом	88
5.2	Осознание врачом собственных трудностей и ограничений во взаимодействии с пациентом	93
5.3	Эмоциональное выгорание у врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники	97
Глава 6	ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	106
6.1	Этические вопросы при проведении психологических исследований в онкологии	106
	Чулкова В.А.	
6.2	Психологическое исследование больных раком желудочно-кишечного тракта	107
	Пестерева Е.В.	
6.3	Психологическое исследование больных раком молочной железы	118
	Чулкова В.А.	
6.4	Психологическое исследование больных злокачественными лимфомами	128
	Пестерева Е.В.	

6.5	Психологическое исследование больных раком легкого	137
	Пестерева Е.В., Чулкова В.А.	
6.6	Психологическое исследование больных раком предстательной железы	142
	Вагайцева М.В.	
6.7	Психологическое исследование больных с онкогинекологической патологией	149
	Пестерева Е.В., Чулкова В.А.	
6.8	Психическая травматизация матери при лечении ее ребенка в онкологической клинике	156
	Чулкова В.А., Черненко О.А., Пестерева Е.В., Кулева С.А.	
Глава 7	ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	160
	Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Попов Т.М., Рысенкова Д.М.	
Глава 8	ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ	176
8.1	Обзор методов психологического консультирования и психотерапии, применяемых в работе с онкологическими пациентами	176
	Пестерева Е.В., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Караваева Т.А.	
8.2	Модель психологической помощи онкологическим пациентам	191
	Чулкова В.А., Пестерева Е.В.	
8.3	Психологическая помощь онкологическим пациентам на различных этапах лечения	202
	Пестерева Е.В., Чулкова В.А.	
Глава 9	БОЛЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ	215
	Чулкова В.А., Васильева Н.Г., Черненко О.А.	
Глава 10	ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ	236
	Вагайцева М.В.	
Глава 11	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	255
	Караваева Т.А.	
Глава 12	СТРЕССОВЫЕ И АДАПТАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ В СВЯЗИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	266
	Караваева Т.А.	
Глава 13	РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	275
	Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П.	

Глава 14	РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Караваева Т.А.	288
Глава 15	НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Караваева Т.А.	305
Глава 16	НАРУШЕНИЯ СНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ИХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ Караваева Т.А., Васильева А.В.	319
Глава 17	ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ Караваева Т.А.	336
Глава 18	ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДСТВЕННИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ Караваева Т.А.	354
Глава 19	РЕБЕНОК, СТРАДАЮЩИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, И ЕГО СЕМЬЯ Крылова О.А., Кулева С.А.	369
19.1	Психологическое состояние больного ребенка	369
19.2	Психические расстройства у детей/подростков с онкологическими заболеваниями	378
19.3	Психологическая и психофармакологическая помощь тяжелобольным детям и их семьям	386
Глава 20	ОНКОПСИХОЛОГИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Семиглазова Т.Ю., Чулкова В.А., Вагайцева М.В., Пестерева Е.В., Кондратьева К.О., Караваева Т.А., Крылова О.А., Семиглазов В.В., Карицкий А.П., Беляев А.М.	391
Заключение		400
Приложения		406
1	Глоссарий терминов	406
2	Профессиональные коммуникативные навыки в работе врача-онколога	408
3	Особенности информирования онкологического больного	417
4	Клиническая беседа	420
5	Психологические методики и тесты	426
6	Шкала интенсивности переживаний онкологических больных	434

ПРЕДИСЛОВИЕ К 2- МУ ДОПОЛНЕННОМУ ИЗДАНИЮ

Опубликованное к 90-летию НИИ онкологии имени Николая Николаевича Петрова руководство «Онкопсихологии для врачей-онкологов и медицинских психологов» вызвало огромный интерес у специалистов. В этой связи нами было принято решение переиздать Руководство и при этом дополнить его.

Таким образом, в настоящем издании содержатся материалы Руководства 2017 г. и новые главы:

«Исследование отношения онкологических пациентов к лечению»,

«Боль при онкологических заболеваниях и психологические методы ее коррекции»,

«Психологическая помощь онкологическим пациентам в паллиативной медицины»,

«Нарушения сна у онкологических больных и их когнитивно-поведенческая психотерапия»,

«Особенности эмоционального состояния родственников онкологических больных и основные направления психокоррекционной работы».

Надеемся, что и нынешнее руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» будет интересно специалистам и поможет им как в лечении онкологических пациентов, так и в организации и оказании им психологической помощи.

Главный внештатный онколог СЗФО,
Директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России,
Заведующий кафедрой онкологии
ГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России,

профессор, д.м.н.

А.М. Беляев

ПРЕДИСЛОВИЕ К 1-МУ ИЗДАНИЮ

«...Хирургия не исчерпывается наукой и техникой. Больно затрагивая человеческий организм, глубоко в него проникая, хирургия достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, если она украшена высшими проявлениям бескорыстной заботы о больном человеке и притом не только о его теле, но и о состоянии его психики. Это не все понимают, этому слишком мало учат».

*Николай Николаевич Петров
«Вопросы хирургической деонтологии» - Ленинград, 1945*

Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» подготовлено к 90-летию Научно-исследовательского института онкологии имени Николая Николаевича Петрова и является наиболее полным пособием, содержащим в себе различные аспекты онкопсихологии. Мы познакомим читателя не только с данными литературы, но и предоставим результаты собственных оригинальных исследований в указанной области. Мотивацией для написания настоящего руководства послужило несколько обстоятельств.

Во-первых, в настоящее время мультидисциплинарный подход к лечению онкологического больного включает в себя как обязательный компонент реабилитацию, существенным элементом которой является психологическая реабилитация. Внимание к психологическим проблемам онкологического больного продиктовано тем, что злокачественное заболевание может нести в себе угрозу психической травматизации. Об этом еще в 1945 году в своей книге «Вопросы хирургической деонтологии» прозорливо предупреждал врачей основоположник отечественной онкологии Николай Николаевич Петров.

Во-вторых, высокотехнологичные методы лечения создают возможность продления и улучшения качества жизни онкологических больных. Врач-онкологи, сосредотачиваясь на процессе и результате лечения, оставляют внутренний мир пациентов вне поля своего внимания.

Это может не только негативно сказываться на взаимоотношениях врача и больного, но и в определенной мере влиять на проводимое лечение.

В-третьих, во всем мире и в нашей стране активно развиваются психоонкология и онкопсихология, в рамках которых проводятся психологические исследования онкологических больных и их семей. На основе научных исследований разрабатываются психологическая помощь пациентам и образовательные программы для специалистов – врачей-онкологов, психотерапевтов, медицинских психологов. Такие образовательные программы реализуются через образовательную деятельность научно-методического отдела НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова и на кафедре онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Следует заметить, что лекции и занятия, посвященные психологическим проблемам онкологии, всегда вызывают большой интерес у слушателей, что еще раз подтверждает необходимость опубликования настоящего издания.

Мы надеемся, что материал, изложенный в руководстве «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов», будет использован в практическом здравоохранении и при планировании будущих научных исследований.

**Главный внештатный онколог СЗФО,
Директор ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова»
Минздрава России,
Заведующий кафедрой онкологии
ГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова»
Минздрава России,**

профессор, д.м.н.

А.М. Беляев

ГЛАВА 1

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ – ВАЖНЕЙШИЙ КРИТЕРИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Демин Е.В.,
Семиглазов В.В., Карицкий А.П., Беляев А.М.

«Больной – это всегда человеческая личность, со всеми ее сложными переживаниями, а отнюдь не безличный случай».

Н.Н. Петров «Вопросы хирургической деонтологии», 1945 г

Реабилитация онкологического больного понимается не только как устранение непосредственно болезни (это прерогатива лечения) и восстановление физических функций организма, но и как максимально приемлемое восстановление способности человека жить в привычной для него среде, что невозможно без обращения к личности больного человека.

Основные принципы реабилитации онкологического больного были сформулированы более сорока лет назад М.М. Кабановым: партнерство врача и больного; разносторонность (разноплановость) усилий, воздействий и мероприятий, направленных на разные сферы жизнедеятельности пациента; единство биологических и психосоциальных методов воздействия; ступенчатость (позапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального и психоэмоционального состояния больного) [11].

Увеличивающийся в последние годы интерес к реабилитации, вероятнее всего, можно объяснить осознанием медицинской общественностью того факта, что на качество жизни онкологического больного можно влиять не только выбором вида лечения, но и проведением реабилитационных мероприятий. Кроме того, психологическая реабилитация онкологического больного начинается уже на диагностическом этапе, когда

пациент непосредственно сталкивается с психотравмирующей ситуацией болезни.

Психологическая реабилитация – неотъемлемая часть реабилитации онкологического больного, направлена на адаптацию его к ситуации заболевания и способствует повышению качества жизни больного.

В 1985 году FDA (Управление по контролю за продуктами и лекарствами США) рекомендовало включить оценку качества жизни в клинические исследования как основной или дополнительный критерий оценки результатов лечения онкологических больных. А уже в 1990 году на конференции ASCO (Американского Общества Клинической Онкологии) качество жизни заявлено вторым по важности критерием эффективности лечения больного после общей выживаемости и более значимым, чем объективный ответ. Интерес же к проблеме качества жизни людей, страдающих различными заболеваниями, сформировался уже к середине XX века и потребовал изучения не только распространенности заболеваний, но и их влияния на профессиональную деятельность.

Первой попыткой медицинской интерпретации концепта «качество жизни» являются работы профессора Колумбийского университета США D.A. Karnovsky, который в 1947 году опубликовал статью «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где дал оценку влияния химиотерапии на физические аспекты качества жизни неоперабельных онкологических больных [11, 27]. Таким образом, первыми пациентами, качество жизни которых стало предметом изучения в медицине, были онкологические больные.

Развитию концепции качества жизни способствовала предложенная в 1980 году американскими исследователями биопсихологическая модель медицины, целью которой явился учет психосоциальных аспектов заболевания.

Наиболее точно концепцию качества жизни как ключевого фактора взаимодействия врача и пациента характеризует широко известный принцип:

«лечить нужно не болезнь, а больного», сформулированный еще знаменитым врачом древности Гиппократом. В России формулу «лечи не болезнь, а больного» пропагандировали выдающиеся клиницисты XIX века М.Я. Мудров (1776–1831 гг.) и С.П. Боткин (1832–1889 гг.).

Эволюция парадигм медицины XX века протекала параллельно тенденциям изменения понимания общественного здоровья: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) расширяет понятие здоровья и определяет его как состояние физического, психологического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней. В это же время концепция социальной обусловленности здоровья положила начало развитию новой парадигмы клинической медицины – концепции качества жизни, вступившей в свои права в конце 1990-х годов. В этот период ВОЗ рекомендует рассматривать качество жизни как индивидуальное соотношение положения человека в жизни общества, в контексте культуры и систем ценностей этого общества с целями данного индивидуума, его планами, возможностями и степенью общего неустройства: «Качество жизни – это степень восприятия отдельными людьми или группами людей того, что их потребности удовлетворяются, а необходимые для достижения благополучия и самореализации возможности предоставляются» [8].

Таким образом, можно сказать, что качество жизни – это совокупность параметров, отражающих измерение течения жизни с оценкой физического состояния, психологического благополучия, социальных отношений и функциональных способностей в период развития заболевания и его лечения.

Одновременно качество жизни стало предметом изучения и других наук: психологии, социологии и экономики. Для начального периода изучения качества жизни характерно отсутствие единого подхода как к самому понятию, так и к методологии исследований. В психологии внимание фокусировалось на аффективных и когнитивных структурных компонентах качества жизни [36], однако уже в середине XX века, указывая на необходимость развития гуманистической парадигмы в медицине,

представители гуманистической психологии (В. Франкл и др.) подчеркивали необходимость исследовать и лечить целостного человека с уникальным характером переживаний, свободно и ответственно решающего, как поступать в различных ситуациях, в том числе и в ситуации болезни.

Первая монография, предложившая отечественному научному сообществу врачей основы методологии исследования качества жизни в медицине, была опубликована в России в 1999 году [17]. К одному из основополагающих принципиальных положений концепции качества жизни в медицине относился постулат о том, что для оценки состояния основных функций человека необходим универсальный критерий, включающий характеристику, как минимум, четырех составляющих благополучия: физической, психологической, социальной и духовной. Этот критерий и рассматривался как содержательное наполнение понятия «качество жизни».

В 1982 году R.M. Kaplan и Bush предложили термин «health-related quality of life» (качество жизни, обусловленное здоровьем), что позволило выделить параметры, описывающие состояние здоровья, заботу о нем и качество медицинской помощи из общей концепции качества жизни [40]. В 1995 году была дана формулировка связанного со здоровьем качества жизни – это оценка людьми субъективных факторов, определяющих их здоровье на данный момент, забота о здоровье и действия, способствующие его укреплению; умение достигать и поддерживать такой уровень функционирования, который позволял бы людям следовать своим жизненным целям и отражал бы уровень их благополучия [41].

По мнению российских авторов, связанное со здоровьем качество жизни подразумевает категорию, включающую сочетание условий жизнеобеспечения и состояния здоровья, позволяющих достичь физического, психического, социального благополучия и самореализации [14]. На сегодняшний день именно благополучие человека, приближение жизни больных к уровню практически здоровых людей является одной из главных целей лечения. Онкология в этом отношении не является исключением.

Вопрос не только о том, «сколько прожил» больной, но и «как он прожил эти годы», все прочнее занимает место в научных публикациях последних лет [25, 27, 30].

Смена подходов к оказанию медицинской помощи – всемирная современная тенденция: медицинская модель, имеющая своей целью только устранение заболевания и восстановление функционирования человеческого организма, постепенно сменяется моделью, ориентированной на психосоциальный подход. Подобная концепция требует не только восстановления биологической функции организма, но и нормализации его психологического и социального функционирования.

На сегодняшний день существует множество определений качества жизни, каждое из них дополняет и конкретизирует трактовку термина, но до настоящего времени нет общепринятого определения этого понятия.

Еще в 1984 г. R. Zittoun [45] указывал на то, что точное определение термина «качество жизни» представляется сложным, так как включает в себя различные аспекты: физические (боль, рвота, ограничения подвижности), токсические (последствия лекарственного лечения), личные (индивидуальные качества), счастье (радость, сексуальность), взаимоотношения (с членами семьи, друзьями, на службе, с обслуживающим персоналом и проч.), психосоциальные, отношение к своему внешнему виду (отсутствие или деформация молочной железы, алопеция, колостома и т.п.), финансовые, религиозные, культурные, политические, вследствие чего объективное осмысление его затруднено. Но уже тогда отмечалось, что качество жизни – это интегративное понятие [2]

Учитывая, что методологические установки для изучения качества жизни формулирует философская антропология, а конкретные знания формируют медицинские науки, целесообразно определение качества жизни с интеграцией в нём первично-социологического и вторично-медицинского подходов. Оно звучит следующим образом: «качество жизни - это адекватность психосоматического состояния индивида его социальному

статусу». Сходное по смыслу определение качества жизни предложено N. K. Wenger: качество жизни - это «удовлетворённость от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием» [13]. Медицинская Энциклопедия Качества Жизни, изданная в США, даёт более простое определение: «Качество жизни - степень удовлетворения человеческих потребностей». Автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) P.W. Jones корректирует определение качества жизни с точки зрения врача. Оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием» [39].

Имеющееся множество определений качества жизни - яркое свидетельство отсутствия единого подхода к формулировке этого понятия. Это связано с тем, что все компоненты и стороны столь объемного понятия объяснить очень сложно [7, 19, 23]. Единых общепринятых критериев и норм качества жизни не существует. На оценку качества жизни оказывают влияние возраст, пол, национальность, социально-экономическое положение человека, характер его трудовой деятельности, религиозные убеждения, культурный уровень, региональные особенности, культурные традиции и многие другие факторы. Анализ многообразия данных исследований качества жизни показывает смешение и замещение концептуальных определений: важно различать предикторы (боль, слабость, степень выраженности симптомов) и атрибуты (то, как боль или слабость влияет на организм) качества жизни.

Концепт «качество жизни, связанное со здоровьем», подразумевает, что существует и другой аспект, который со здоровьем не связан: воздействие окружающей среды, экономических, политических, духовных изменений. Понятие «качество жизни, связанное со здоровьем», позволяет дать глубокий и многоплановый анализ физиологических, психологических, эмоциональных и социальных проблем больного. В медицине исследуется преимущественно качество жизни, связанное со здоровьем, которое

рассматривают как интегральную характеристику физического, психического и социального функционирования здорового и больного человека, основанную на его субъективном восприятии [1].

В конце XX века группа по изучению качества жизни ВОЗ определяет качество жизни как «индивидуальное ощущение его/ее позиции в жизни в контексте социальных и оценочных систем, в которых он/она живет относительно его/ее целей, надежд, стандартов и забот» и устанавливает следующие критерии оценки качества жизни, обусловленного здоровьем:

- физические (сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);
- психологические (положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация, самооценка, внешний вид, негативные переживания);
- уровень независимости (повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения);
- общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);
- окружающая среда (благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и повышения квалификации, досуг, экология);
- духовность (религия, личные убеждения) [21].

При изучении качества жизни оценивают три основных компонента, которые могут быть определены в личной беседе или с помощью специальных анкет:

- функциональные способности — возможность осуществлять повседневную деятельность, социальную, интеллектуальную, эмоциональную функции, достигать экономической обеспеченности;

- восприятие — взгляды и суждения человека о ценностях указанных выше компонентов, восприятие общего состояния здоровья, уровня благополучия, удовлетворенности жизнью;
- симптомы и их последствия — они являются следствием основного или сопутствующих заболеваний, снижаются или исчезают в результате вмешательства.

При планировании многоцентровых международных клинических исследований, проводимых в соответствии с правилами качественной клинической практики - Good Clinical Practice (GCP), одной из задач стандартной и объективной оценки является анализ качества жизни пациентов. С целью стандартизации изучения качества жизни и его оптимальной оценки разрабатываются новые методики [4].

Основным инструментом изучения качества жизни являются профили - оценка каждого компонента качества жизни в отдельности - и опросники, подразумевающие комплексную оценку феномена качества жизни. И те, и другие могут быть общими, то есть оценивать здоровье в целом, и специальными - для изучения конкретных нозологий. При этом, по мнению ряда авторов, профили и опросники оценивают не клиническую тяжесть заболевания, а отражают то, как больной переносит свое заболевание [38, 40, 43]. На сегодняшний день существует около 400 опросников качества жизни. С целью систематизации деятельности по изучению качества жизни в 1995 году во Франции был создан MARI Research Institute, который координирует исследования в данной области, утверждает разработанные опросники и рекомендует их к применению. В России большую роль в разработке методологии изучения качества жизни сыграл Межнациональный центр исследования качества жизни под руководством доктора медицинских наук, профессора А. А. Новика [47].

Для оценки качества жизни онкологических больных применяют как общие, так и специальные опросники.

Общие опросники:

- Индекс благополучия (Quality of Well-Being Index, QWB).
- Профиль влияния заболевания (Sickness Impact Profile, SIP).
- Ноттингемский профиль здоровья (Nottingham Health Profile, NHP).
- Индекс качества жизни (Quality of Life Index, QLI).
- Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни (EuroQoL).
- Общий опросник здоровья (SF-36).

Наиболее используемыми общими опросниками, предназначенными для изучения качества жизни у больных со злокачественными новообразованиями, являются Общий опросник здоровья SF-36 и Опросник оценки качества жизни Европейской группы качества жизни EuroQoL. Их преимуществом является широкая распространенность, простота проведения анкетирования и высокая валидность. Более чем в 90 % клинических исследований в России используется Общий опросник здоровья SF-36 [25, 27-30].

Специальные опросники:

- Опросник Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC QLQ-C30).
- Опросник оценки функций в онкологии (FACT-G).
- Индекс функционирования при раке (Functional Living Index Cancer, FLIC).
- Опросник оценки трудностей при раке (Cancer Inventory of Problem Situations, CIPS).
- Система оценка реабилитации (Rehabilitation Evaluation System, CARES).

Кроме этого, в повседневной практике широко распространены шкалы и профили для оценки отдельных симптомов онкологического заболевания, прежде всего, боли: Краткий опросник оценки боли (Brief Pain Inventory, BPI), Опросник боли МакГилла, (McGill Pain Questionnaire), Карта оценки

боли (Memorial Pain Assessment Card) и слабости: Краткий опросник оценки слабости (Brief Fatigue Inventory, BFI), Инструмент оценки слабости Пирсона-Баэрса (Pearson-Byars Fatigue Feeling Checklist), Шкала слабости при раке (Cancer Fatigue Scale) [9].

Изучение качества жизни, обусловленного здоровьем, в онкологии играет немаловажную роль как в исследовательской работе, так и в клинической практике. Методология исследования качества жизни позволяет точно описать сложную систему многогранных и разноплановых нарушений, происходящих с онкологическим больным в процессе развития заболевания и его лечения. Применительно к онкологической практике концепция исследования качества жизни имеет широкие возможности для использования и позволяет:

- оптимизировать стандартизацию методов лечения;
- осуществлять экспертизу новых методов лечения, опираясь на международные критерии, принятые в большинстве развитых стран;
- повысить качество экспертизы новых лекарственных препаратов;
- обеспечить полноценный индивидуальный мониторинг состояния больного с оценкой ранних и отдаленных результатов лечения;
- разрабатывать прогностические модели для различных форм рака;
- оценить эффективность программ профилактики [10].

Несмотря на короткую историю исследований качества жизни в онкологии, уже получены результаты клинических исследований, не совпадающие с общепринятым мнением. Например, в рандомизированном исследовании у пациенток с диссеминированным раком молочной железы параметры качества жизни были выше при проведении непрерывной химиотерапии, чем при использовании прерывистого лечения [37].

Международное исследование качества жизни у больных раком молочной железы с метастазами в кости показало, что пациенты оценивают хроническую боль как важнейший критерий оценки качества жизни, связывая

ее с трудностями в повседневной жизни, беспокойством о потере независимости и свободы передвижения [25].

В исследовании Tannock I.F. с соавт. [45] показано достоверное преимущество использования сочетания преднизолона и митоксантрона по сравнению с одним преднизолоном для уменьшения болевого синдрома при метастазах рака предстательной железы в кости. Хотя выживаемость в обеих группах была одинакова (11 мес.), больные, получавшие оба препарата, отметили лучшие показатели функционального состояния, улучшение настроения и общего качества жизни.

Motsch C. и соавт. [43] в рандомизированном исследовании сравнивали комбинированное лечение (операция + лучевая терапия) и лучевую терапию при местнораспространенном раке гортани. Выяснилось, что при отсутствии достоверных отличий в продолжительности жизни качество жизни в группе комбинированного лечения было достоверно выше.

Несколько исследований выявили ценность качества жизни как фактора прогноза выживаемости. Например, в исследовании Coates A. и соавт. [37] проводившемся в группе женщин, получавших химиотерапию по поводу рака молочной железы, показано, что индекс качества жизни и шкала физического благополучия являются более точным индикатором прогноза, чем такой известный параметр как показатель объективного состояния больного. Пациенты с лучшими параметрами качества жизни жили дольше. Аналогичные результаты, свидетельствующие о важности параметра качества жизни как фактора прогноза выживаемости, были получены в ряде рандомизированных клинических исследований [41]. Параметр качества жизни при распространенном немелкоклеточном раке легкого [38, 42] имел большую прогностическую значимость для продолжительности жизни, чем общепринятые клинические данные о распространенности заболевания и эффективности первичного лечения.

Исследования качества жизни уже вошли в повседневную практику качественных клинических исследований. Полученные научным путем

данные могут помочь врачу при определении оптимальной тактики лечения, а пациенту - в выборе наиболее приемлемого варианта лечения [42]. Кроме того, измерение качества жизни может подсказать правильный выбор среди нескольких альтернатив лечения, что особенно актуально в связи с появлением новых лекарственных препаратов и медицинских технологий.

Анализ качества жизни при планировании программы лечения каждого онкологического больного представляется важным, в связи с учетом данных о высокой корреляции уровня качества жизни с показателями выживаемости. Качество жизни онкологических больных является важным критерием оценки эффективности лечения, имеет прогностическое значение и возможность индивидуализировать симптоматическую терапию.

Динамическое исследование качества жизни после завершения лечения позволяет осуществлять длительный мониторинг состояния больного в периоде реабилитации, диагностировать ранние и поздние нежелательные явления [35].

На улучшение качества жизни онкологических больных, особенно в процессе противоопухолевой лекарственной терапии, направлена, «поддерживающая терапия» и «сопроводительная терапия»:

- противоболевая терапия;
- профилактика и лечение инфекционных осложнений;
- лечение и профилактика тошноты и рвоты, желудочно-кишечных осложнений;
- лечение и профилактика гематологических нарушений;
- лечение и профилактика неврологических, кожных и других осложнений лекарственной противоопухолевой терапии;
- лечение опухолевых плевритов, перикардитов, асцитов;
- психосоциальная поддержка онкологических больных.

Для больных злокачественными новообразованиями повышение качества жизни достижимо посредством применения высокотехнологичных

методов противоопухолевого лечения (хирургического лечения, лучевой терапии, системной лекарственной терапии). С помощью хирургических операций, например, при эндопротезировании у больных злокачественными новообразованиями удалось сохранить полностью или частично физическую функцию больного или с помощью пластических операций уменьшить или устранить дефект (например, при маммопластике). Системная лекарственная терапия (гормонотерапия, химиотерапия, таргетная терапия, иммунотерапия), назначенная по поводу проявлений висцерального криза, устраняет не только болевой синдром, но и все другие симптомы болезни, вызывающие страдания онкологического больного. Подобные меры улучшают не только физическое благополучие пациента, но и положительно воздействуют на его психологическое состояние, социальные отношения и т.п. [17].

Качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости и более важным, чем первичный опухолевый ответ. Продолжительное и тяжелое лечение, изоляция от привычного окружения, потеря трудоспособности (постоянная или временная), инвалидизация часто являются факторами социальной и психической дезадаптации. Отсутствие своевременной психологической помощи может привести к психопатологическим изменениям личности пациента.

Внимание к качеству жизни в онкологии выдвигает на первый план оценку больным своего состояния и своей жизни в ситуации заболевания и лечения, которые сопровождаются душевными переживаниями больного. В этой связи субъективный характер качества жизни невозможно оценить без учета психологических параметров личности больного [17].

В НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова проводилось исследование с целью установления связи качества жизни с социально-психологическими характеристиками и особенностями отношения к диагнозу у пациенток с онкогинекологической патологией.

С помощью клинико-психологического метода (клиническая беседа, наблюдение) изучалась содержательная сторона переживаний пациенток. Экспериментально-психологический метод был направлен на выявление особенностей психосоциального аспекта качества жизни больных (EORTC QLQ – C30) и показал следующие результаты:

- Качество жизни онкогинекологических пациенток не зависит от диагноза (рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников).
- Качество жизни зависит от этапа лечения. На этапе «до операции» у женщин, независимо от того, проходили они предоперационную терапию или нет, были выше показатели по шкалам ролевого ($p \leq 0,02$) и когнитивного функционирования ($p \leq 0,03$), ниже – по симптоматическим шкалам «утомляемость» ($p \leq 0,01$) и «боль» ($p \leq 0,02$). На этапе «после операции» пациентки предъявляли больше страхов в отношении лечения, их пугала беспомощность, истощение и боль, которые могли усилиться в дальнейшем. Ожидание негативных последствий, связанных с лечением, создавало дополнительное эмоциональное напряжение, которое проявлялось на соматическом уровне.
- Признание пациентками злокачественного характера заболевания сочеталось с более низкими показателями по шкале «когнитивное функционирование» ($p \leq 0,01$) и более выраженными симптоматическими шкалами «утомляемость» ($p \leq 0,02$) и «потеря аппетита» ($p \leq 0,03$). Снижение качества жизни онкологического пациента в процессе принятия им злокачественного характера болезни не является неожиданным: больной испытывает душевные страдания. Естественно, что он стремится их избежать. Тем самым больной бессознательно психологически защищается от страданий. Но когда бессознательная психологическая защита перестает действовать, больной, можно сказать, «вынужден» справляться со страданиями, а для этого необходимо какое-то время жизни быть с ними, быть в них. И, конечно, качество жизни в этот момент может снижаться. Но именно страдания подталкивают

человека к изменениям, и только проходя «сквозь них», больной способен восстановить душевное равновесие, нарушенное известием о заболевании, и адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации.

- Выявлена связь между качеством жизни и способностью онкогинекологической больной найти субъективную причину своего заболевания. У пациенток, которые смогли соотнести историю своей жизни с происходящим сейчас, выше показатели по шкале «физическое функционирование», по сравнению с теми, кто воспринимал заболевание как «*что-то внешнее*» ($p \leq 0,03$).
- Выявлена взаимосвязь между показателями качества жизни и наличием у пациенток опыта взаимодействия с онкологическими больными. Наиболее низкие показатели по шкале «эмоциональное функционирование» имели женщины, которые ранее избегали информации об онкологических заболеваниях ($p \leq 0,04$). У пациенток, которые имели опыт взаимодействия с онкологическими больными, показатели по шкале «эмоциональное функционирование» были выше. Они более реалистично воспринимали заболевание и жизнь в целом, вследствие чего их эмоциональная жизнь не была фиксирована только на ситуации болезни.
- Обнаружено, что качество жизни больных взаимосвязано с их уровнем образования. У пациенток с высшим и незаконченным высшим образованием выше показатели по шкале «эмоциональное функционирование», по сравнению с теми, кто имел среднее образование ($p \leq 0,04$). Можно предположить, что более высокий образовательный уровень пациентки является предиктором её эмоциональной компетентности в собственном внутреннем мире: женщина лучше ориентируется в субъективном пространстве своей жизни и осознает значимость душевной работы.
- Показано, что отсутствие у пациентки постоянной работы сочетается с максимальной выраженностью таких симптоматических шкал как

«утомляемость» ($p \leq 0,02$), «тошнота» ($p \leq 0,01$) и «нарушение сна» ($p \leq 0,02$). Это могло быть связано с нестабильностью их жизни еще до болезни.

- У пациенток, которые отмечали, что их отношения в семье в связи с болезнью «стали лучше и крепче», имели более высокое качество жизни, по сравнению с теми, у кого семейные отношения «не изменились»: обнаружены значимые различия по симптоматическим шкалам «утомляемость» ($p \leq 0,05$), «боль» ($p \leq 0,03$), «тошнота» ($p \leq 0,01$), «запоры» ($p \leq 0,03$) и «диарея» ($p \leq 0,03$). Эти данные подтверждают мнение о том, что семья для человека в ситуации заболевания является одним из главных ресурсов. Представление же больных о том, что «отношения в семье не изменились» в связи с заболеванием, снижает тревогу и является защитой их психологической безопасности. Семейный статус пациенток отражался на качестве жизни: максимальные показатели по шкале «ролевое функционирование» отмечались у женщин, состоящих в зарегистрированном браке и вдов.
- У пациенток, имеющих детей, были более высокие показатели по функциональным шкалам «социальное функционирование» ($p \leq 0,03$) и «ролевое функционирование» ($p \leq 0,04$) (*«забота о детях «вырвет» из любого состояния»*, по словам больной). Однако у пациенток с детьми также были более высокие показатели по шкалам «утомляемость» ($p \leq 0,01$), «нарушение сна» ($p \leq 0,02$) и «финансовые затруднения» ($p \leq 0,01$). В этой связи следует отметить одновременное существование двух противоречивых, на первый взгляд, тенденций: наличие семьи и детей поддерживает больных в ситуации заболевания и оно же создает основу для беспокойства.

Таким образом, социально-психологические параметры оказывают огромное влияние на качество жизни онкологических пациентов [19].

Специальным аспектом улучшения качества жизни является психосоциальная поддержка, которой занимается новое направление в

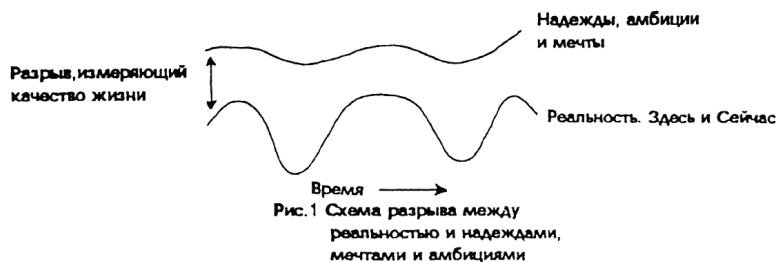
онкологии - психоонкология. Психоонкология - область междисциплинарных исследований на стыке онкологии, психиатрии, клинической психологии и социальных наук, она призвана обеспечить наиболее эффективную адаптацию онкологического больного. Психическая и социальная адаптация к ситуации болезни значительно повышает психосоциальный аспект качества жизни пациента [22]. В России психоонкология получила развитие в создании онкопсихологии, которая является разделом клинической психологии в рамках психологии кризисных и экстремальных ситуаций и направлена на преодоление последствий, вызванных онкологическим заболеванием, что также способствует повышению качества жизни онкологических пациентов.

Ситуация болезни и все последующие изменения образа жизни пациента разворачивают многие внутриличностные конфликты, являясь таким образом «полем» психологической травматизации и актуализации имеющихся в опыте и не пережитых психических травм. Переживания, вызванные ситуацией болезни, внешне могут выражаться в виде психогенных реакций: ухудшение эмоционального статуса (депрессия, тревога) ведет к ограничению социальных контактов. Психогенные реакции носят амбивалентный для качества жизни характер, являясь формой психической адаптации и фактором социальной дезадаптации одновременно. Степень выраженности психогенных реакций может отличаться не только у разных больных, но и варьировать у одного и того же пациента на определённых этапах диагностики, лечения и реабилитации. Социальная дезадаптация может проявляться в отказе от лечения, несоблюдении режима, смене приоритетов (например, отказ от радикальной мастэктомии в ущерб здоровью и продолжительности жизни). Безусловно, складывающаяся ситуация значительно снижает качество жизни онкологического больного, и большое значение для успеха лечения имеет психологическая реабилитация, направленная на комплексную адаптацию (психическую и социальную) с целью выработки у них положительной мотивации к лечению [17].

Значительную роль в повышении качества жизни онкологического пациента играет значимое окружение – семья. От родственников также во многом зависит готовность больного продолжать начатое лечение, его настрой, оценка своих возможностей. Ощущение беспомощности, невозможности помочь близкому, «заставляет» родственников психологически отстраняться от онкологического больного, они могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля над ситуацией. Как правило, причиной подобных реакций является чувство вины и ощущение беспомощности. В таких случаях сами родственники нуждаются в индивидуальной помощи психотерапевта или медицинского/клинического психолога [20].

Существует ряд теорий, ориентированных на повышение качества жизни, на которых основываются алгоритмы психологической помощи.

Наиболее распространенная теория - Discrepancy Theory - исходит из восприятия субъектом разрыва между ожидаемым и действительным эффектом лечения [44]. Возможность улучшения качества жизни пациента появляется при уменьшении разрыва при эффективном лечении болезни, адекватной коррекции симптомов, социальной поддержке больного и изменении отношения пациента к болезни и лечению. Жизнь по-настоящему качественна, когда между идеалом и реальностью не наблюдается большого разрыва; жизнь теряет свое качество, когда существует большой разрыв между идеальным (надежды, амбиции, мечты) и действительным (реальность: здесь и сейчас) [33].



Таким образом, для повышения психосоциального аспекта качества жизни онкологического больного необходимо сократить разрыв между идеалами (скорректированные ожидания) и возможностями (улучшение качества жизни в настоящее время).



Из выше приведенного следует, что качество жизни может быть улучшено, если больной адекватно оценивает свои возможности и корректирует ожидания. Это очень важно учитывать при взаимодействии с онкологическим пациентом и его родственниками. Вместе с тем, принятие во внимание этого аспекта качества жизни может приводить к определенным психологическим трудностям, связанным с принятием болезни онкологическим больным, для разрешения которых необходимо привлекать медицинских/клинических психологов. Кроме того, коррекция своевременно распознанных психически обусловленных реакций у онкологических

больных и членов их семей, наряду с другими формами терапии в онкологической клинике, повышает адаптивность и тем самым улучшает качество жизни больного.

Главная цель всей системы медицинской и психологической помощи в онкологии - это восстановление и/или сохранение качества жизни. В рамках этого определения выживаемость, т.е. сама жизнь - первая цель. Другие биологические исходы болезни и процесса лечения - ответ опухоли на лечение, длительность эффекта, токсичность и т.д. - вторичны. Понимание недостаточности оценки только биологических последствий воздействия злокачественного процесса на пациента выделило восстановление качества жизни как новую цель лечения [28, 44].

Качество жизни онкологического больного - это динамическое состояние, функция, изменяющаяся во времени, поэтому и оцениваться оно должно на определенном протяжении как меняющийся параметр, зависящий от вида и течения заболевания, процесса лечения и системы оказания медицинской помощи.

Литература:

1. Алеева Г.Н., Гурылева М.Э., Журавлева М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Российский медицинский журнал. – 2006. – №2. – С. 1-4.
2. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чулкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // Вопросы онкологии. – Т.35, №6. – 1989. – С.643 – 648.
3. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2006. – № 4. – С. 12-15.
4. Горбунова В.А., Бредер В.В. IV Российская онкологическая конференция качество жизни онкологических больных
5. Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А. Психонкология: становление и перспективы развития // Вопросы онкологии. - Т.57, № 1. - 2011 г.- С. 86-91.
6. Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной

- и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки // Вопросы онкологии. – Т.36, № 3. – 1990. – С.360-364.
7. Евдокимов В.И., Федотов А.И. Методологические аспекты субъективной оценки качества жизни // Медико-биологическая и социально-психологическая проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – №4. – С. 63–71.
 8. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех. 1999. № 6. 293с.
 9. Ионова Т.И. Концептуальные и методологические аспекты исследования качества жизни в онкогематологии: дис. ... д-ра биол. наук. – М., 2009. – 230 с.
 10. Кабанов М.М. «Концепция реабилитации и современная клиническая медицина» / сб. под ред. Н.Н. Напалкова «Реабилитация онкологического больного». - Л., 1979. – С.17-25.
 11. Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. Вопросы онкологии. -2015. - № 2. - С. 180-184.
 12. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–72.
 13. Малыхин Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (Обзор литературы) // Качественная клиническая практика. – 2011. – №1. – С 11–18.
 14. Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: в 2 ч. М., 2003. Ч. 1. С. 245–258.
 15. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях //Качественная клиническая практика.– 2002.– № 1. – С. 216-231.
 16. Ненарокомов А.Ю., Сперанский Д.Л., Аревшатов Э.В., Мудрый А.Ю. Современная концепция исследования качества жизни в онкологии // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 2-2. – С. 421-425.
 17. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. СПб.; М., 2002.
 18. Новик А.А., Ионова Т.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. – СПб.: «Элби», 1999. – 140 с.
 19. Пестерева Е. В., Чулкова В.А., Карицкий А. П., Семиглазова Т.Ю. К исследованию качества жизни онкологических больных// Вопросы онкологии. – Т.36, № 3. – 2012. – С.217-223.
 20. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии - Ленинград: Наркомздрав СССР; Гос. ордена Ленина институт усовершенствования врачей им. С.М. Кирова, 1945. - 60 с.
 21. Попова Т.Н., Кузеванова Е.А. Качество жизни больных местно-распространенным раком молочной железы с прогрессированием заболевания после комплексного лечения // Опухоли женской репродуктивной системы. 2011. № 4. С. 13-19.

22. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ») / под. ред. В.Н. Амирджановой, Д.В. Горячева, Н.И. Коршунова, А.П. Реброва, В.Н. Сороцкой // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36–48.
23. Руководство по исследованию качества жизни; под ред. акад. РАМН Ю.Л. Шевченко. – 2-е изд. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 320 с.
24. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака – СПб: Питер, 2001. 288 с.
25. Семиглазова Т.Ю., Филатова Л.В., Криворотько П.В., Ключе В.А., Семиглазов В.В., Ульрих Е.А., Семилетова Ю.В., Дашян Г.А., Палтуев Р.М., Рязанкина А.А., Рогачев М.В., Семиглазов В.Ф., Беляев А.М. Качество жизни – важнейший критерий эффективности лекарственной терапии диссеминированного рака молочной железы // Учебное пособие.— СПб.: 2016. – 44 с.
26. Семиглазова Т.Ю., Семиглазов В.В., Филатова Л.В. и др. Качество жизни – важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы. Опухоли женской репродуктивной системы. 2013; 1–2: 17–22.
27. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных // Злокачественные опухоли. – 2016. - № 4, спецвыпуск 1. С. 54-58.
28. Семиглазова Т.Ю., Жабина А.С., Проценко С.А. и др. Таргетная терапия НМРЛ с активирующими мутациями EGFR улучшает качество жизни // Медицинский совет. - 2016. - Т. 10. - С. 62-71.
29. Семиглазов В.В., Жабина А.С., Осипов М.А., Котова З.С., Клименко В.В. и соавт. Качество жизни – принципиальный критерий эффективности таргетной терапии метастатического HER2-положительного рака молочной железы // Современная онкология, 2015. - Т. 17. - № 1. - С. 19-24.
30. Семиглазова Т.Ю., Криворотько П.В., Беляев А.М. и др. Качество жизни – важнейший критерий эффективности лекарственной терапии диссеминированного рака молочной железы. Учебное пособие.-СПб.: Издательство ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, 2016.– 44 с.
31. Султанов М. Г. Качество жизни и социальное функционирование с длительными сроками госпитализации: дис. канд. ...мед. наук. – Москва, 2005. – 236 с.
32. Сухотерин И.В., Павлова Н.В. Социально-психологический портрет больных раком молочной железы и проблема их психологической реабилитации // Опухоли женской репродуктивной системы. 2011. №1. С. 32-37.

- 33.Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативную медицину/ лекции - Сэр Майкл Собелл Хаус, Черчилль Госпиталь, Оксфорд ОХ3 7LJ, Великобритания, 1992 г. – 560с.
- 34.Татьякова А.Ю., Чечельницкая С.М., Румянцев А.Г. К вопросу о методике оценки качества жизни, обусловленного здоровьем // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 6. С. 46–51.
- 35.Шмеркевич А.Б. Некоторые результаты исследования качества жизни, релевантного здоровью больных с онкологическим заболеванием // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5
- 36.Abbey A., Andrews F. Modeling the Psychological Determinants of Life Quality // Social Indicators Research. 1985. Vol. 16. P. 1–34.
- 37.Coates A., Gebski V., Bishop J.F., et al. New Engl. J. Med. 1987, 317(24):1490-1495.
- 38.Earlam S., Glover C., Fordy C., et al. Relation between tumor sizes, quality of life and survival in patients with colorectal liver metastases. J. Clin. Oncol., 1996, N4, 171-175.
- 39.Johnes P.W. Quality of life measurement the value of standartization // Eur. Resp. Rev. – 1997. – Vol. 7, №42. – P. 42–49.
- 40.Kaplan R.M., Bush J.W. Health-related quality of life measurement for evaluation research and policy analysis // Health. Psychol. – 1982. Vol. 1. – P. 61-80.
- 41.Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer // Evaluation of Chemotherapeutic Agents / Ed. C. M.MacLeod. – Columbis University Press: New York. – 1949. P.191 – 205.
- 42.Kaasa S. 21st ESMO Congress, Vienna, 1996; Educational book, pp. 209-212.
- 43.Motsch C. and Begall K. Quality of life following therapy of advanced pharyngeal carcinomas - radical surgery versus radiotherapy. Quality of Life Res., 1997, vol. 6, N7, 692.
- 44.Osoba D. Current applications to health-related quality-of-life assessment in oncology. Supp. Care of Cancer, 1997, 5, 100-104.
- 45.Tannock I.F., Osoba D., Stokler M.R., et al. J. Clin. Oncol. 1996, 14:1756-1764.
- 46.Zittoun R. Condidérations theoriques sur la qualite de vie des cancreux traits//Bordeaux med. – 1984. – Vol. 17. – P. 577-580.
- 47.http://fobio.do.am/blog/problema_kachestva_zhizni_v_sovremennoj_medicine.

ГЛАВА 2

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ПСИХООНКОЛОГИИ В МИРЕ

Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П.

Психоонкология – это междисциплинарная область, которая охватывает широкий спектр задач от организации медицинской и психологической помощи пациентам и их семьям, психообразования и обучения персонала, взаимодействующего с больными до проведения комплексных исследований, включающих изучение превентивной роли поведенческих факторов при злокачественной патологии, а также лечение психических расстройств и решение психосоциальных проблем на протяжении всего онкологического заболевания [14]. С учетом важного значения психологических проблем, развивающихся на фоне онкологических заболеваний, кажется странным, что официальная история психоонкологии в мире началась только в последней четверти XX века. Однако именно к этому времени уменьшились проявления патерналистского отношения к пациентам, в результате чего врачи стали сообщать достоверную информацию о диагнозе и прогнозе, что сделало возможным открыто исследовать и изучать возникающие психологические реакции.

Историю развития психоонкологии можно рассмотреть в контексте следующих факторов: во-первых, многолетняя стигматизация больных как с онкологическим заболеванием, так и с психическим расстройством; во-вторых, сложности в организации оказания психологической помощи физически больным пациентам; в-третьих, факторы, которые привели к первоначальному поиску психологической причины злокачественной патологии, создавая тем самым интерес к психосоматической природе онкологического заболевания; в-четвертых, отсутствие теоретической модели, которая могла бы успешно интегрировать подходы и вклады большого спектра дисциплин, участвующих в психоонкологии (медицина, психология, психиатрия, социальная работа, религиозное консультирование);

и в-пятых, достижения научных исследований, проводимых начиная с 1975 года.

Несмотря на то, что развитие этой дисциплины происходило главным образом в течение последней четверти XX века, крайне важно понимать предшествующее отношение общества к онкологическому заболеванию и психическим расстройствам, так как оно до сих пор оказывает влияние на современное восприятие болезни, хоть и в менее выраженной форме. На сегодняшний день все еще существуют барьеры для оказания оптимальной социально-психологической помощи больным и проведения научных исследований.

Еще в начале XIX века и в предыдущие времена диагноз онкологического заболевания рассматривался как смертельный приговор. На тот момент были неизвестны ни причины, ни способы лечения злокачественной патологии. Раскрывать пациенту диагноз считалось жестоким и бесчеловечным, потому что он мог потерять всякую надежду на выздоровление и справлялся с болезненным состоянием лучше, если не знал о его характере, причинах, прогнозе. Страх перед болезнью был настолько велик, что семья боялась раскрывать диагноз окружающим из-за стигмы, которая связывалась с пациентом и его семьей. Стыд и вина являлись доминирующими эмоциями, в сочетании со страхом, что болезнь может быть заразной [1].

Постепенное преодоление стигматизации пациентов берет свое начало в разработке методов терапии и опыта первых ремиссий онкологических заболеваний. В начале XX века, когда появилась качественная анестезия и улучшились навыки операционного вмешательства, лечение рака стало возможным в случаях, если опухоль обнаруживалась на ранних стадиях заболевания и могла быть удалена до этапа метастазирования. С этого момента формируется необходимость в информировании социума, разрабатываются образовательные программы о признаках онкологической патологии и возможностях ее лечения для улучшения обращаемости

населения, своевременной постановки диагноза и выявления симптомов злокачественной патологии. Чтобы противостоять игнорированию заболевания, фатализму и иррациональным страхам, в средствах массовой информации были опубликованы симптомы рака. Такие лозунги, как «Борьба с раком через информацию», использовались для противодействия излишним опасениям общества. Несмотря на усилия, направленные на улучшение информированности населения о ранних проявлениях онкопатологии и медико-просветительскую работу, многие люди сохраняли тревожно-анозогнозическое отношение к болезни и приходили на консультацию слишком поздно, когда лечение было уже неэффективным.

В первой четверти XX века к оперативному вмешательству в качестве средства для лечения онкологического заболевания добавилась лучевая терапия. Она была предложена в основном в качестве паллиативного лечения и часто применялась после хирургической неудачи, из-за этого люди боялись ее, как и операции. Общественное беспокойство и опасения привели к финансированию исследований, посвященных поиску новых способов лечения злокачественной патологии. Так, в начале XX века в США был организован первый исследовательский центр на базе онкологической больницы, а в 1937 году создан Национальный институт рака. В 1948 году Фарбер сообщил о первых временных ремиссиях острого лейкоза у детей с использованием аминоптериновой терапии, за которыми последовали успехи лечения болезни Ходжкина хлорметином [25]. Это положило начало активному поиску новых противоопухолевых препаратов, а химиотерапия была добавлена в качестве третьего метода лечения раковых заболеваний, в сочетании со все более эффективной хирургией и лучевой терапией.

Вслед за развивающимися успехами фармакотерапии злокачественной патологии последовали социальные дискуссии о целесообразности информирования пациентов о заболевании и предлагаемой терапии, а также о необходимости введения информированного согласия на лечение, создающего юридические предпосылки для открытого диалога врача и

пациента о методах и результатах диагностики, вариантах лечения. Права пациентов стали приобретать все большее значение. Свидетельства о проведении некоторых экспериментов в США на больных без их согласия, в том числе, на страдающих раковой патологией, привели к принятию ряда федеральных законов, регламентирующих правила клинических исследований на людях. Период социальных потрясений в США (1960-е - 1970-е годы) способствовал движению за права женщин, потребителей, и, наконец, пациентов, которые начали требовать признания своего права быть ознакомленными со способами диагностики, характером прогноза и вариантами лечения заболевания. Так, в 1960-е годы начались первые дебаты в стране о вопросе целесообразности сокрытия диагноза онкологического заболевания от пациента. Психиатры в этих оживленных дискуссиях, мотивируя возможным развитием чрезмерно сильной эмоциональной реакции и формированием психических нарушений, занимали позицию, поддерживающую сохранение от пациента тайны о его состоянии, в то время как онкологи в своем большинстве занимали противоположную позицию. В исследовании с использованием опросника Окена в 1961 году [23], было обнаружено, что более 90 % врачей в США обычно не раскрывают диагноз пациенту. Однако те же вопросы, заданные в ходе опроса в 1978 году показали, что 97 % врачей в том же географическом районе США стали рассказывать пациентам достоверную медицинскую информацию о их состоянии [22]. В течение этих прошедших 17 лет объем знаний общества об онкологии увеличился, а граждане при этом стали активно бороться за свои права, ратуя за более справедливый и менее патерналистский диалог о диагностике и лечении. Кроме того, успехи онкологии стали более очевидными, стало известно о большем количестве случаев выздоровления после лечения онкологических заболеваний, что поощрило оптимизм в оценке пациентами своих перспектив.

Рассматривая другой полюс интердисциплинарности психоонкологии, следует отметить, что многовековая стигма психического заболевания и

непопулярность его лечения в значительной степени препятствовала быстрому развитию этого направления в мировой науке. В представлениях о психических заболеваниях, как и о раке, в течение долгого времени отсутствовали знания об этиологии, патогенезе, эффективных методах лечения. Со средних веков основная причина психических расстройств определялась как одержимость злыми духами, пациент становился изгоем в большинстве социальных сообществ [10]. В США и Европе в XIX веке и начале XX века психически больные изолировались от общества в психиатрических больницах, которые были никак не связаны с медицинскими терапевтическими стационарами.

К концу XIX века в мире развился интерес к лечению психических заболеваний в общей медицине, психиатрические отделения появились в больницах общего профиля и началось обучение врачей и студентов диагностике и лечению психических нарушений у физически больных пациентов [19]. Тем не менее, отношение к возможному появлению врача-психиатра в медицинском отделении больницы варьировало от враждебного до безразличного. В 1929 году психиатр Дж. Генри [13] документально описал свой профессиональный опыт. В этой статье он сообщил о 300 случаях выявления и диагностики психиатрического расстройства у больных с соматической патологией. Несмотря на изменения в диагностической терминологии и дифференциальных критериях, полученные данные обнаруживают сходство с современными научными представлениями.

Опыт оказания стационарной помощи в психиатрических учреждениях больным с соматическими заболеваниями, а также в рамках психиатрических консультаций пациентов в отделениях общего профиля, положил начало направлению консультативно-междисциплинарной психиатрии, которая занималась изучением и коррекцией психологических изменений у пациентов с соматическими заболеваниями.

Больные с онкологическими заболеваниями традиционно проходили лечение у врачей общей практики. Эта патология не привлекала большого

академического интереса, так как рассматривалась специалистами как неперспективная с точки зрения изучения ее в научных исследованиях. Пациенты чувствовали себе в значительной степени отвергнутыми и безнадежными, поскольку врачи проводили с ними меньше времени, чем с больными другими заболеваниями, сторонились их, избегали общения, не обсуждали диагноз и прогноз, уклонялись от вопросов, которые могли бы привести к такому разговору.

В послевоенные годы, единственная формальная психологическая поддержка больных раком осуществлялась через программы Американского онкологического общества «Гость». Пациентов, которые уже проходили тяжелое операционное лечение -ларингоэктомию или колостомию - просили поговорить с пациентами, боявшимися проходить эти лечебные процедуры. Таким образом, были сформированы первые группы самопомощи пациентов. За ними последовало создание организации под названием «Путь к выздоровлению», начавшей свою деятельность в 1950-х годах на базе Американского онкологического общества. В этой программе женщины, имеющие успешный опыт прохождения мастэктомии, посещали пациенток в послеоперационном периоде. Однако, несмотря на широкое одобрение общества и заинтересованности со стороны больных, врачи и медицинский персонал не спешили признавать полезную роль групп самопомощи пациентов с таким же диагнозом и лечением. Сильное предубеждение против них продолжалось до последней четверти XX века. Изменение отношения к группам самопомощи женщин после мастэктомии произошло, когда стало очевидно, что выгоды от их социально-психологической поддержки намного перевешивают риски.

Первые работы в исследовании психологического бремени больных с новообразованиями были проведены К.Р. Eissler [9] и J. Norton [21], которые изложили подробные и конфиденциальные наблюдения пациентов, заболевших злокачественной патологией во время психоаналитической терапии. Полученные данные послужили богатым материалом для

начинающих исследователей в 1960-е годы, так как в них впервые было описано, каким образом пациенты справлялись с прогрессирующими стадиями болезни и приближающейся смерти.

В начале 1950-х годов появились первые научные исследования, отражающие формирование более тесного сотрудничества специалистов из областей психиатрии и клинической медицины и посвященные изучению психологических реакций у пациентов, госпитализированных в связи со злокачественной патологией. В ключевых работах описывались переживания чувств вины и стыда как основной психологической реакции, связанной со стигмой онкологического заболевания. Исследователи также изучали, как модели взаимодействия пациентов с окружающими менялись в зависимости от стадии болезни, отмечая нарастание ограничения в общении при прогрессировании опухолевого процесса [24]. Появились работы, отражающие психологические реакции пациентов, связанные с проведением радикальных хирургических процедур при онкогинекологическом раке, раке молочной железы, злокачественных опухолях толстой кишки. В двух оригинальных трудах M. Bard et al. и A.M. Sutherland et al., которые до сих пор актуальны, описывались психологические переживания пациентов при выведении колостомы на переднюю брюшную стенку и проведении радикальной мастэктомии [5,27]. Профессиональные психиатрические сообщества стали формировать клинические и научные связи с группами хирургов, радиотерапевтов и онкологов.

Еще одним фактором, вызвавшим повышенный интерес к психологическим проблемам онкологических больных в 1960-е годы, стала работа психиатра Э. Кюблер-Росс. Она высказывалась против запрета обсуждать с больными раком прогнозируемый смертельный исход, рекомендовала врачам и медсестрам не избегать общения с этими пациентами, обращать внимание на их эмоциональные переживания и трудности. Ее вклад имел решающее значение для начала развития

танатологии, укрепления концепции хосписной помощи и гуманизации паллиативной медицины [18].

Тем не менее, сопротивление «всему психическому» не исчезло ни среди медицинских работников, ни среди больных, и это стало одной из причин медленного развития психоонкологии и ограниченного привлечения психологических и психиатрических служб к оказанию помощи лицам с онкологическими заболеваниями. Пациент, страдающий злокачественной патологией, испытывает страх того, что окружающие могут воспринимать его не только как человека с неизлечимым физическим недугом, но и как человека, который психически не здоров и нуждается в специализированной психологической или психиатрической помощи. Для преодоления стигматизации онкологических пациентов профессиональная психологическая помощь и социальная реабилитация должны быть гармонично и комплексно интегрированы в онкологическую службу в качестве части системного подхода в лечении онкологических больных.

Официальное признание психоонкологии в мире началось в 1975 году, когда барьер, связанный с сокрытием от больных диагноза рака, обрушился и появилась возможность открытого диалога с пациентами об их заболевании и последствиях его для дальнейшей жизни. Это совпало с несколькими социальными переменами. Во-первых, общественность разных стран почувствовала большую уверенность в возможности излечения рака, обусловленную, главным образом, увеличением количества выживших, которое свидетельствовало об успешных результатах научных исследований и развитии эффективных методов терапии. Во-вторых, средства массовой информации во всем мире существенно шире стали освещать информацию об онкологических заболеваниях, диагностике, успешных случаях лечения рака. В результате всех этих факторов, злокачественная патология перестала быть скрываемой, и открылись возможности для исследования психологического аспекта злокачественного процесса.

Так, в 1975 году небольшая группа клинических исследователей собралась в Сан-Антонио (штат Техас США) для первой национальной научно-практической конференции по психонкологии [7]. В ходе конференции был поставлен вопрос об отсутствии инструментов для количественной оценки тяжести психопатологической симптоматики у онкологических больных, поскольку методики, предназначенные для изучения физически здоровых лиц, не адаптированы для измерения типов расстройств у соматических пациентов. На последующих конференциях были разработаны инструменты для количественного измерения субъективных симптомов боли, тревоги, тошноты, депрессии и делирия.

В Европе 70-е годы прошлого века считаются временем становления психонкологии как самостоятельной дисциплины. Так, к примеру, в 1974 году в Германии было основано общество помощи больным раком, начались проводиться международные конференции и исследования, посвященные вопросам изучения влияния стресса и копинг-стратегий, используемых пациентами, на течение заболевания и приспособление к нему, а также анализу качества жизни пациентов с новообразованиями. Затем, в 1975 году, была создана интердисциплинарная рабочая группа по психосоциальной онкологии, а в 1983 году организовано профессиональное общество психонкологов.

К середине 1970-х годов зародилась первая волна исследований, посвященных эпидемиологии коморбидных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями. Одной из передовых и значимых работ явилось многоцентровое, перекрестное исследование частоты и типа диагноза по классификации DSM-III у онкологических больных, проведенном Derogatis et al. [8], в котором было показано, что распространенность психических расстройств у изучаемой категории пациентов превышала 47 %. В ряде стран в научных работах появились данные о взаимосвязи частоты и характера развития депрессии с локализацией и стадиями злокачественной патологии. В них также были

описаны трудности дифференциации физических и психопатологических симптомов, делались попытки определения причин бредовых расстройств; изучались отношения психопатологической симптоматики с болевыми проявлениями и нарушением когнитивных функций. Клинические испытания начались с социально-психологических и психофармакологическое вмешательств. В 1979 году в Германии было опубликовано руководство по психосоматической медицине под редакцией Т. Uexküll. Это руководство содержало раздел, посвященный психосоматическим аспектам онкологических заболеваний. Результаты международных исследований и клинический опыт были изложены в первом учебнике по психоонкологии, опубликованном в 1989 году [15].

Еще одним звеном мировой психоонкологии, получившим свое развитие на ее ранних этапах, стала психонейроиммунология, начало которой связывается с работой R. Ader и H. Cohen об обусловленном иммунном ответе у крыс [2]. Она имела важное значение в развитии исследований в области рака, так как способствовала пониманию обусловленной тошноты и рвоты у пациентов, проходящих курс химиотерапии. Исследования показали, что спустя годы после окончания химиотерапии, пациенты оставались чувствительными к визуальным и обонятельным раздражителям, которые напоминали о химиотерапии. Ассоциативные зрительные образы и запахи по прошествии длительного времени могли вызвать кратковременную тошноту, сопровождающуюся тревогой. Появление симптомов могли спровоцировать посещение медицинского учреждения, вид медсестры или врача, запах антисептика. [17]. Психонейроиммунология использовала новые методы, которые позволяли отслеживать биологические события и измерять связанные с ними психологические явления гораздо более точным способом. Ученые в разных странах также исследовали воздействие стресса и способов его преодоления на иммунную функцию в течение курса лечения злокачественной патологии [6]. Определение значения изменений в психоиммунных механизмах как факторов риска развития рака и снижения

выживаемости до настоящего времени остается актуальной научной проблемой, а психонейроиммунология является общепризнанной самостоятельной областью.

Внедрение в большинстве стран в учебные программы результатов научных исследований и организация национальных и международных конференций создали возможность для обучения персонала онкологических клиник по вопросам психоонкологии. В Европе и США стали чаще проводиться групповые занятия для сотрудников онкологических больниц, где врачи и медсестры изучали такие явления как сопротивление, контрперенос, эмоциональное выгорание, влияние стресса на персонал больницы, врачей и ухаживающих лиц [4].

Развитие когнитивно-поведенческого направления психотерапии и внедрение его в мировую медицину в конце 1970-х годов способствовало появлению новой волны исследований социально–психологических аспектов рака. Появлялись работы, описывающие теоретические модели преодоления стресса и копинг–механизмов, среди которых определялись наиболее эффективные; разрабатывались когнитивно-поведенческие стратегии психологических вмешательств, получившие широкое распространение и подтвердившие свою эффективность. Исследования психологов о связи здорового образа жизни и риска развития опухолевой патологии способствовали профилактике онкологических заболеваний. Кроме того, оценка эффективности и безопасности новых препаратов для лечения рака сегодня проводится не только на основании их влияния на продолжительность ремиссии, но и учитывает показатели, отражающие динамику качества жизни пациентов в виде количественной оценки результата по специально разработанным методикам.

Психологические последствия болезни и ее лечения стали важным направлением научных исследований во всем мире. Лечение онкологического заболевания, в том числе, применение новых, современных технологий терапии рака, с одной стороны, дают возможность онкологическим

пациентам иметь более длительную жизнь, но, с другой стороны, создают предпосылки для развития ряда психиатрических и психоневрологических расстройств, которые появляются спустя время после лечения. В 1981 году американскими учеными впервые были описаны психологические последствия онкологического заболевания как стрессового фактора у пациентов в ремиссии. От 10 % до 20 % выживших после трансплантации костного мозга отмечали наличие всех симптомов, характерных для посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), но у еще большего количества исследуемых были только частично выявлены симптомы ПТСР, которые также определяли клинически значимые психопатологические нарушения [3]. Те, кто прошел через наиболее травматичный этап лечения, такой как высокие дозы химиотерапии или трансплантацию стволовых клеток, оказываются наиболее уязвимыми в вероятности развития пограничных психических расстройств. У пациентов с онкологическими заболеваниями преобладающими являются тревожные, депрессивные, астенические проявления, нарушения сексуальной сферы и самооценки.

Психические осложнения, развивающиеся при оказании паллиативной помощи, также оказались в сфере внимания специалистов. Изучение особенностей развития и течения депрессивных нарушений у онкологических больных было крайне важно в связи с распространенной проблемой суицидов у пациентов. В ряде исследований рассматривалась клиническая оценка тяжести делирия, развивающегося на фоне поздних стадий онкологических заболеваний, и возможности фармакологического управления психическим состоянием больных.

В большинстве стран группы психотерапии стали широко доступны для пациентов с онкологическими заболеваниями. Основным стимулом для их внедрения были исследования Spiegel et al. в 1989 году [26], а затем и Fawzy et al. в 1990 году [11], в которых сообщалось, что групповые психотерапевтические занятия для пациентов с раком молочной железы и

злокачественной меланомой оказали положительное влияние на продолжительность ремиссии.

Социальные работники были одними из первых, кто наряду с медсестрами, стал участвовать в решении психологических и социальных проблем онкологических больных и членов их семей. Они продолжили развитие принципов полноты и комплексности при оказании медицинской помощи и присоединились в качестве важных партнеров к психонкологии. Исследования детских и родительских реакций, управление дистрессом, переживания ухаживающих лиц и особенно аспекты паллиативной помощи были в пределах их компетенции [20, 28]. В 1983 году в США был издан первый журнал психосоциальной онкологии, посвященный информированию о результатах текущих исследований.

XXI век определил официальное признание психонкологии и включение психосоциальных интервенций в европейские стандарты оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями. Так, к примеру, в 2008 году в Германии был принят национальный онкоплан, в соответствии с которым должна была оказываться поддержка комплексным проектам, направленным на поддержку психонкологической помощи в реализации ее основных целей и задач. В 2014 году в приоритетных направлениях развития здравоохранения подчеркивается необходимость обеспечения всех нуждающихся пациентов с онкологическими заболеваниями качественной психосоциальной помощью как на стационарном, так и на амбулаторном этапах лечения.

Только в последние годы во многих странах была признана роль религиозных консультаций в психологической помощи пациентам, а в психосоциальные модели преодоления экзистенциального кризиса были включены духовные и религиозные службы, отражающие потребность пациентов найти возможный смысл в ситуации заболевания. Были разработаны психологические инструменты для измерения духовных и экзистенциальных убеждений онкологических больных [16].

Участие специалистов в области психиатрии, медицинской психологии, социальной работы, внедрение достижений представителей когнитивно-поведенческого и экзистенциального направлений в медицину, привлечение религиозного консультирования, а также усилия онкологов, специалистов по этике и самих пациентов создали богатство и разнообразие информации. Все это позволило разработать теоретические и практические модели и стратегии, используемые как в научных исследованиях, так и в клиническом лечении пациентов с онкологическими заболеваниями во всем мире. Наиболее успешными являются те подразделения, которые эффективно используют весь арсенал известных методов и подходов, функционируют как многопрофильные организации, опираясь на знания каждого специалиста, оставаясь при этом полностью интегрированными в структуру общей медицинской помощи пациентам.

Психоонкологии чуть более 40 лет, и в этот короткий период был достигнут значительный прогресс в мире в направлении ее развития. Она занимает признанное место в рамках онкологического сообщества как в клинической практике, так и в научных исследованиях. Реализация полученных знаний может значительно улучшить психологическое благополучие и качество жизни пациентов. Как это было справедливо отмечено в 1994 году S. Greer: «Самая важная задача психоонкологии - закрыть зияющую пропасть между текущими знаниями и реальным клиническим уходом за больными» [12].

Литература:

1. Abrams R. D., Finesinger J. E. Guilt reactions in patients with cancer. // *Cancer*. – 1953. – Vol. 6. – P. 474-482.
2. Ader R., Cohen H. Behaviorally conditioned immunosuppression. // *Psychosom Med*. – 1975. – Vol. 37. – P. 333-340.
3. Andrykowski M. A., Cordova M.J. Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: test of the Andersen model. // *Trauma Stress*. – 1998. – Vol. 11. – P. 189-203.
4. Artiss L. K., Levine A. S. Doctor-patient relation in severe illness: a seminar for oncology fellows. // *N Engl J Med*. – 1973. – Vol. 288. – P. 1210-1214.

5. Bard M., Sutherland A. M. The psychological impact of cancer and its treatment. IV. Adaptation to radical mastectomy. // *Cancer*. – 1955. – Vol. 8. – P. 656-672.
6. Bovbjerg D. H., Valdimarsdottir H. B. Psychoneuroimmunology: implications for psycho-oncology. In: Holland JC, editor. // *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press. – 1998. – P. 125-134.
7. Cullen J. W., Fox B. H., Isom R. N., editors. *Cancer: the behavioral dimensions*. // Washington DC: National Cancer Institute – 1976. – DHEW-NIH Publication No.: NIH P. 76-1074.
8. Derogatis L. R., Morrow G. R., Fetting D., Penman D., Piasetsky S., Schmale A. M., Henrichs M., Carnicke C. L. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. // *JAMA*. – 1983. – Vol. 249. – P. 751-757.
9. Eissler K. R. *The psychiatrist and the dying patient*. New York: International Universities Press; 1955. – 345 p.
10. Fabrega H. Jr. Psychiatric stigma in the classical and medieval period: a review of the literature. // *Compr Psychiatry*. – 1990. – Vol. 31. – P. 289-306.
11. Fawzy F. I., Cousins N., Fawzy N.W., Kemeny M. E., Elashoff R., Morton D. A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over time in methods of coping and affective disturbance. // *Arch Gen Psychiatry* . – 1990. – Vol. 47. – P. 720-725.
12. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks. // *Psychooncology*. – 1994. – Vol. 3. – P. 87-103.
13. Henry G. W. Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. // *Am J Psychiatry*. – 1929. – Vol. 86. – P. 481-499.
14. Holland J. C., editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press; 1998. – 547 p.
15. Holland J. C., Rowland J. H., editors. *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University Press; 1989. – 246 p.
16. Kass J. D., Friedman R., Leserman J., Zuttermeister P. C., Benson H. Health outcomes and a new index of spiritual experience. // *J Sc Stud Rel*. – 1991. – Vol. 30. – P. 203-211.
17. Kornblith A. B., Herndon J. E., Zuckerman E. et al. Comparison of psychosocial adaptation of advanced stage Hodgkin's disease and acute leukemia survivors. // *Ann Oncol*. – 1998. – Vol. 9. – P. 297-306.
18. Kubler-Ross E. *On death and dying*. New York: Macmillan, 1969. – 354 p.
19. Lipowski Z. J. Consultation-liaison psychiatry at century's end. // *Psychosomatics*. – 1992. – Vol. 33. – P. 128-133.
20. Loscalzo M., Brintzenhofeszoc K. Brief crisis counseling. In: Holland JC, editor. *Psycho-oncology*. New York: Oxford University Press, 1998. – 845 p.
21. Norton J. Treatment of a dying patient. // *Psychoanal Study Child*. – 1963. – Vol. 18. – P. 541-560.

22. Novack D. H., Plumer R., Smith R. L., Ochitill H., Morrow G. R., Bennet J. M. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patients. // JAMA. – 1979. – Vol. 241. – P. 987-900.
23. Oken D. What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. // JAMA. – 1961. – Vol. 175. – P. 1120-1127.
24. Shands H. C., Finesinger J. E., Cobb S., Abrams R. D. Psychological mechanisms in patients with cancer. // Cancer. – 1951. – Vol. 4. – P. 1159-1170.
25. Shimkin M. Contrary to nature. Washington DC: US Department of Health and Human Services, Public Health Service; 1977. NIH Publication No.: 76-729.
26. Spiegel D., Kraemer H., Bloom J. R., Gottheil D. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. // Lancet. – 1989. – Vol. 2. – P. 888-891.
27. Sutherland A. M., Orbach C. E., Dyk R. B., Bard M. The psychological impact of cancer and cancer surgery. I. Adaptation to the dry colostomy: preliminary report and summary of findings. // Cancer. – 1952. – Vol. 5. – P. 857-872.
28. Zabora J. R. Screening procedures for psychosocial distress. In: Holland JC, editor. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press; 1998.– 703 p.

ГЛАВА 3

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ПСИХООНКОЛОГИИ И ОНКОПСИХОЛОГИИ В НИИ ОНКОЛОГИИ ИМ. Н.Н. ПЕТРОВА

Чулкова В.А., Демин Е.В., Рогачев М.В., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П.,
Беляев А.М.

Середина прошлого века и начало XXI века в России ознаменовались активным развитием такого направления прикладной психологии как онкопсихология, которая изучает психологические последствия онкологических заболеваний. Также в сфере внимания онкопсихологов – психологическая помощь онкологическим больным и их родственникам. Нисколько не умаляя значения проводимых психологических исследований и психологической помощи, оказываемой специалистами в онкологических учреждениях нашего города и страны, хотим в настоящей работе показать, как это происходило в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

Идею необходимости учитывать психику онкологического больного, влияющую на результат лечения, пожалуй, впервые в стране сформулировал еще в 1945 году основоположник отечественной онкологии Н.Н. Петров в работе «Вопросы хирургической деонтологии». Он писал: «Для полноценной хирургической работы, кроме научных знаний, технического оснащения и самой блестящей хирургической техники, необходимы: ... полный учет значения психики больных для исхода производимого лечения и охрана этой психики с избеганием всякой ее травмы, какая только может быть избегнута» и «Психотерапии же уделяется совершенно недостаточное внимание; наоборот, для психогенной травматизации больных открыты широкие ворота, и слишком недостаточно внедрено в сознание хирургов представление о большом вреде, порождаемом психогенной травмой» [11]. Уже в те годы Н.Н. Петров указывал на возможность психической травматизации онкологического больного. В своей работе он обращался к врачам-онкологам. Конечно, в 40-е годы прошлого века невозможно было даже представить психологов, работающих в онкологических учреждениях.

Прошли годы, и совершенствование диагностики и применение современных, высокотехнологичных методов лечения онкологических заболеваний способствовали тому, что постепенно срок жизни больных раком увеличивался. Таким образом, в 70-е годы прошлого века в онкологии наряду с вопросами продолжительности жизни больных, становятся важными вопросы качества жизни данной категории пациентов. Указанные обстоятельства послужили толчком к развитию паллиативной онкологии, с одной стороны, а с другой - стало актуальным и практически необходимым решение проблем реабилитации конкретного онкологического больного. Особенное внимание стали привлекать вопросы психологической реабилитации больных раком.

В те времена за рубежом уже появлялись экспериментально-психологические, психиатрические и социологические исследования в области онкологии. Эти междисциплинарные исследования привели к появлению новой области знаний – **психоонкологии**, которая изучает психологические и социальные аспекты рака [17]. Основное внимание в психоонкологии уделяется качеству жизни онкологических больных. В нашей стране таких исследований пока не было.

Толчком к началу систематического изучения психоонкологии в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова послужил визит группы его ведущих специалистов в США (начало 70-х годов прошлого столетия), в программу которого входило посещение различных онкологических клиник. Одним из членов делегации был профессор Д.П. Березкин, которому и принадлежит идея привлечения психологов к исследованиям онкологических больных в нашей стране. В 1974 году, впервые в СССР, в возглавляемой им лаборатории по изучению эффективности лечения онкологических больных была организована научно-исследовательская группа по изучению психологических особенностей онкологических больных. Научно-исследовательские темы «Изучение личностных особенностей больных раком прямой кишки» и «Разработать психологические основы ранней

клинической реабилитации больных раком желудочно-кишечного тракта» были утверждены Комитетом по науке и технике СССР. Выбор психологического исследования больных раком указанных локализаций не был случаен: среди них, особенно у больных раком прямой кишки, несмотря на витальную угрозу, наблюдались отказы от операций, вызванные ее калечащим характером, высокая тревога и депрессия, которые создавали суицидальный риск [3]. Первыми, кто начал работать по этим темам, были кандидат психологических наук Н.Г. Зырянова [9] и врач-психиатр А.В. Гнездилов. В 1975 году к работе подключились медицинские психологи В.А. Чулкова и Н.Б. Шиповников (рис. 1).

В результате проведенных исследований А.В. Гнездилов выявил психогенные реакции онкологических больных на разных этапах лечения в зависимости от их преобладающих особенностей и способы купирования этих реакций, что легло в основу его кандидатской диссертации «Психогенные реакции у онкологических больных». Психологи В.А. Чулкова и Н.Б. Шиповников изучили особенности личности больных раком прямой кишки и желудка, их реагирование на заболевание на разных этапах лечения, отношение к болезни, к диагнозу, к операции, к будущему, что дало возможность адекватно и успешно корректировать развивающиеся патологические состояния. Эти исследования послужили основой кандидатской диссертации Н.Б. Шиповникова «Особенности личностной реакции на болезнь при раке желудка и прямой кишки».

С 1977 году при участии врачей и научных сотрудников различных подразделений Института началась масштабная научно-исследовательская работа по реабилитации больных раком молочной железы (РМЖ) [10]. РМЖ несет в себе угрозу психической травматизации пациенток. Его лечение сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением, приводящим больную к различным психологическим и нервно-психическим расстройствам, которые резко снижают качество жизни даже спустя годы после завершения лечения.



Рисунок 1 – Становление Службы психологической помощи онкологическим больным и их родственникам в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова.

В.А. Чулковой было проведено психологическое исследование больных РМЖ в разные периоды заболевания, исследованы личностные особенности этих женщин, выявлены различия в реагировании на заболевание, в основе которых лежат и особенности личности больной, и особенности принятия болезни, и отношение окружающих к заболевшей женщине [13]. Результаты исследования стали основой кандидатской диссертации В.А. Чулковой «Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы». Было показано, что для адекватного приспособления к болезни, влияющего на жизнь после нее, необходима психологическая помощь больным РМЖ, в том числе оказываемая профессиональными психологами.

Для работ А.В. Гнездилова, Н.Б. Шиповникова и В.А. Чулковой характерно то, что они не только описывали особенности личности больных, но и указывали на динамику изменения их психологического состояния и реакций в зависимости от этапа и вида лечения. В исследованиях были разработаны критерии психологической компенсации онкологических

больных и определены группы психологического риска. Результаты исследований были доложены на Всесоюзном симпозиуме «Совершенствование методов реабилитации онкологических больных» 15-16 ноября 1978 году, а также опубликованы в институтском сборнике «Реабилитация онкологического больного» в 1979 году [1, 2].

Большое влияние на формирование взглядов и подходов психологов нашего Института к психологическим проблемам онкологических больных оказывало сотрудничество с ведущими специалистами по медицинской психологии и психотерапии Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, а профессор Е.Ф. Бажин и профессор Б.Д. Карвасарский стали научными руководителями кандидатских диссертаций.

Таким образом, благодаря уже первым психологическим исследованиям в институте, была продемонстрирована необходимость профессиональной психологической помощи онкологическим больным и разработаны основы для ее осуществления. Кроме того, в процессе исследования и многочисленных бесед с больными и сами психологи приобретали уникальный опыт психологической работы с онкологическими больными и их близкими.

Психологические исследования в онкологии, также как и психологическое консультирование онкологических больных и их родственников впервые в нашей стране стали осуществляться в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Естественно, что всегда сложно делать что-то впервые. В этой связи были очень важны понимание и поддержка со стороны администрации и сотрудников Института.

В 1981 году в Институте было создано отделение реабилитации онкологических больных (руководитель – профессор Л.В. Донская). Медицинские психологи В.А. Чулкова и Н.Б. Шиповников стали научными сотрудниками этого отделения. Основным направлением научной деятельности отделения реабилитации явилось изучение восстановления

трудоспособности больных раком молочной железы, легкого, яичников и тела матки после радикального лечения. Кроме психологов, научные исследования осуществляли врач-онколог кандидат медицинских наук Е.В. Демин и специалист по врачебно-трудовой экспертизе кандидат медицинских наук Н.И. Артемкина. Более того, между отделением реабилитации онкологических больных Института и территориальными онкологическими отделениями Московского, Выборгского и Кировского районов, а также, соответственно, с общесоматическими городскими поликлиниками №№ 51, 99, 43 были заключены договоры, согласно которым, впервые в нашем городе стала осуществляться реальная реабилитация больных РМЖ после радикального лечения. В совместно разработанную программу восстановления здоровья и трудоспособности женщин входили двухмесячные занятия лечебной гимнастикой, механо- и трудотерапия, профилактика и лечение лимфатического отека верхней конечности [8]. У всех больных проводилось психологическое исследование до и после прохождения реабилитационных мероприятий, а женщины, наблюдавшиеся в Московском районе, в это же время участвовали в индивидуальной и групповой психотерапевтической работе. Целью исследования являлось изучение изменения психологического состояния больных и их самооценки в процессе реабилитации. Было показано, что по окончании восстановительного лечения у больных снижался уровень тревоги и депрессии, повышалась самооценка по категории «здоровье», а у больных, которые занимались психотерапией, повышалась самооценка и по категории «счастье», они свободнее могли выражать свои чувства и обсуждать проблемы, были более удовлетворены жизнью в настоящий момент. На примере больных РМЖ данная работа показала необходимость проведения реабилитационных программ с обязательным включением психотерапии.

В 1987 году отделение реабилитации вошло в состав отделения диспансеризации и восстановительного лечения онкологических больных (руководитель – профессор Н.Н. Блинов). Дальнейшее развитие получили

научные исследования, изучающие качество жизни больных раком и возможности его повышения [6]. В выполнении исследований принимали участие научные сотрудники и врачи отделения. Практически в каждой работе по изучению качества жизни были фрагменты психологических исследований, выполненных психологами. Также продолжалась и реабилитационная программа в онкологических отделениях города. Психологические исследования по этой программе стали частью докторской диссертации Е.В. Демина «Пути совершенствования послеоперационной реабилитации больных раком молочной железы и эндометрия».

В 1990 году медицинские психологи В.А. Чулкова и Н.Б. Шиповников прошли курс обучения в Европейской школе онкологии в Польше. Преподаватели из Великобритании, Франции, Италии, США в течение недели в Раджовьницах под Варшавой знакомили с достижениями в области психосоциальной онкологии и паллиативного лечения. Тогда же удалось познакомиться и обсудить некоторые проблемы психоонкологии с психологами из Польши, Венгрии, Болгарии, Испании. Сильное впечатление оставило посещение отделения реабилитации Института онкологии в Варшаве.

События, происходившие в 90-е годы в нашей стране, способствовали тому, что обмен научными и практическими знаниями между профессиональными психологами разных стран стал доступен и для наших специалистов. Психологическая работа с онкологическими больными имеет свои особенности и, вместе с тем, она является частью общего подхода в помощи людям, находящимся в экстремальной и кризисной ситуации. С 1991 года В.А.Чулкова участвовала в ряде международных семинаров и обучающих программ (США, Великобритания, Норвегия, Голландия и др.) в области практической психологии и психотерапии. В 1999 году в составе группы психологов из Санкт-Петербургского института психотерапии и консультирования «Гармония» В.А.Чулкова побывала в Нидерландах. В Роттердаме они познакомились с работой Института биопсихосоциальной

медицины (директор – профессор M.J. de Vries). Уникальность института в том, что его сотрудники психотерапевты и психологи проводили различные виды психотерапии онкологических больных, а независимые исследователи изучали влияние психотерапии на качество жизни онкологических больных.

Опыт научной и практической работы с онкологическими больными в сфере психоонкологии получил в нашем институте дальнейшее развитие.

По программе улучшения качества жизни онкологических больных на отделении диспансеризации и восстановительного лечения стала применяться противоболевая терапия (врач А.С. Припутин). В этой работе принимала участие психолог В.А.Чулкова. Наряду с другими, использовались и психологические методы противоболевой терапии. Проводившееся при этом исследование показало, что эффект противоболевой терапии был выше в группе больных, с которыми проводилась психотерапия. Психологическое исследование уровня тревоги и депрессии также подтвердило эти результаты [4].

В конце 90-х годов была создана научно-исследовательская группа восстановительного лечения (руководитель – проф. Н.Н. Блинов). Продолжались уже на более высоком уровне научно-исследовательские работы, связанные с психологической помощью больным РМЖ и больным лимфопролиферативными заболеваниями, которые, конечно же, опирались на накопленный опыт и носили более продвинутый характер. Кроме этого, в течение трех лет (1995-1998 гг), согласно договору, проводились психологические консультации и балинтовские группы с врачами и медсестрами хосписа №2.

Результаты всех психологических исследований докладывались на Российских и международных конференциях, публиковались в отечественных и зарубежных журналах, в сборниках научных трудов. По разделу психоонкологии было издано 10 методических рекомендаций и пособий для врачей.

Психологические исследования, проводимые в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, показали, что онкологическое заболевание сопряжено с переживаниями больного, которые влияют на лечение и исход болезни, поэтому проблемы онкологии не могут быть успешно решены без учета психологической составляющей заболевания.

В 2008 году научно-исследовательская группа восстановительного лечения была переименована в группу реабилитации онкологических больных (руководитель – ведущий научный сотрудник, доктор медицинских наук И.П. Комяков). В это же время началось психологическое исследование синдрома эмоционального выгорания у врачей-онкологов и медицинских сестер, работающих в онкологическом учреждении. Это исследование продиктовано тем, что в своей деятельности врачи-онкологи и средний медицинский персонал вынуждены постоянно сталкиваться с негативными эмоциональными переживаниями пациентов и непроизвольно вовлекаться в них, испытывая повышенное эмоциональное напряжение. Все это сказывается на самочувствии (физическом и психологическом) врачей-онкологов и медицинских сестер, снижает эффективность их взаимодействия с больными, что опосредованно влияет на реабилитацию и, тем самым, на качество жизни онкологических пациентов.

Целью исследования явилось изучение выраженности синдрома эмоционального выгорания и его связи с особенностями личности и стажем работы врача. По результатам работы было написано учебное пособие для врачей-онкологов [16].

В это же время психологом группы реабилитации онкологических больных Чулковой В.А. совместно с кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ и лабораторией клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева разрабатывается концептуальный подход к ситуации онкологического заболевания как экстремальной ситуации и психологическому кризису. Сутью этого подхода является представление о том, что ситуация онкологического заболевания для больного и его семьи

является не просто стрессовой, а сверхстрессовой, она обладает признаками экстремальных и кризисных ситуаций и несет в себе угрозу психической травматизации [14].

В 2012 - 2014 гг была выполнена научно-исследовательская работа, целью которой явилось изучение психологических особенностей онкологических больных различных локализаций опухолей, их отношение к болезни и адаптацию к заболеванию на разных этапах лечения. В результате исследования выявлены особенности больных различных локализаций (рак молочной железы, гинекологический рак, рак предстательной железы, рак легкого), их отношение к болезни и используемые ими копинг-стратегии в процессе адаптации к заболеванию. Полученные результаты позволили создать научную основу для системы психологической помощи онкологическим больным, осуществление которой отвечает задачам реабилитации онкологического пациента и способствует повышению его качества жизни.

Рассмотрение онкологического заболевания в рамках указанного выше концептуального подхода и многолетний опыт психологического консультирования онкологических пациентов способствовали созданию трехфазной модели профессиональной психологической помощи онкологическим больным, согласно которой у пациента происходит адаптация к ситуации болезни [15]. Большое участие в понимании смысла психологической помощи онкологическим больным принимала медицинский психолог Е.В. Пестерева, которая в 2011 году защитила кандидатскую диссертацию «Особенности психологической адаптации к болезни пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах заболевания», а с 2014 года стала работать в Институте.

Много лет в институте проводилось психологическое консультирование онкологических больных, но оно не носило характер систематичности. В 2015 году был создан научный отдел инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации (руководитель – ведущий

научный сотрудник, доктор медицинских наук Т.Ю. Семиглазова), в состав которого вошли медицинские психологи. Научно-исследовательская работа «Изучить особенности психологического статуса онкологических больных в зависимости от метода системной терапии», в которой участвуют медицинские психологи в 2015-2017 гг является частью более общей работы, выполняемой отделом.

С 2015 года началась активная организация Службы психологической помощи онкологическим больным и их родственникам, которая позволяет более эффективно и многопланово осуществлять этот вид помощи и которая отвечает цели и задачам психологической реабилитации больных. Большую роль в создании Службы психологической помощи сыграли главный врач Института к.м.н. А.П. Карицкий и заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации д.м.н. Т.Ю. Семиглазова, а также руководитель клинко-диагностического отдела, ныне - заместитель главного врача по медицинской части Р.В. Донских. Увеличилось число специалистов, оказывающих различные виды психологической помощи больным. В настоящее время ее оказывают врач-психотерапевт, доктор медицинских наук Т.А. Каравеева, врач-психотерапевт отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей О.А. Крылова, медицинские психологи: кандидат психологических наук В.А. Чулкова, кандидат психологических наук Е.В. Пестерева, М.В. Вагайцева и К.О. Кондратьева.

Начиная с 2016 года, в Институте практически у всех больных, находящихся на этапах диагностики и госпитализации в стационар, с целью выделения групп онкологических больных, наиболее нуждающихся в психологической помощи, проводится оценка интенсивности переживаний. Основой исследования явилась методика самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS) [12]. В модифицированной нами методике больные должны оценить уровень своих переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в

связи с ними. В настоящее время обработано свыше 4000 бланков, заполненных пациентами. Были выделены группы психологического риска, в нее вошли пациенты с высоким уровнем переживаний, остро нуждающиеся в психологической помощи, которая им оказывалась в экстренном порядке [5].

Создание в далекие 70-е годы прошлого столетия психологической группы в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова способствовало развитию идей Н.Н. Петрова о роли психики в лечении онкологических больных и, вместе с тем, соблюдая преемственность, явилось основой для организации непосредственно или опосредовано других видов психологической помощи онкологическим пациентам.

- Понимание значимости психологической помощи онкологическим больным привело к тому, что в 1988 году врач-онколог Е.В. Демин и медицинский психолог В.А.Чулкова организовали первую в нашей стране волонтерскую группу социально-психологической поддержки больных РМЖ «Надежда». В основу подготовки волонтеров была положена международная программа «Reach to Recovery» - «Путь к выздоровлению» [7]. Волонтеры «Надежды», сами бывшие больные РМЖ, прошли специальный отбор и подготовку и смогли помогать тем, кто заболел. Тем самым было положено начало большому движению в сфере немедицинской помощи онкологическим больным. В настоящее время у «Надежды» есть последователи в разных российских городах: Калининграде, Казани, Архангельске, Екатеринбурге, Ханты-Мансийске, Белгороде, Новосибирске, Хабаровске. В 1992 году основатели «Надежды» Е.В. Демин и В.А.Чулкова были удостоены именных медалей международной программы «Reach to Recovery». Сегодня в Институте ежемесячно, вот уже на протяжении 5 лет, научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации при активном участии зав. отделом д.м.н. Т.Ю. Семиглазовой совместно Санкт-Петербургским городским общественным пациентским движением «Движение против рака» с проводятся Школы для пациентов и их

родственников с участием врачей-онкологов, юристов и психологов. Важным блоком Школы пациентов является участие психолога, который подсказывает больным как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием.

- В 1990 году А.В. Гнездиловым, проработавшим в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова более 10 лет, был организован в Лахте Хоспис №1 - первый хоспис не только в нашем городе, но и в нашей стране. Во многом, благодаря именно А.В. Гнездилову, паллиативная помощь онкологическим больным в нашей стране получила свое развитие. На основе работы этого хосписа создавались и разрабатывались программы паллиативной помощи онкологическим больным, в том числе, противоболевой терапии. Сейчас, наверное, уже во всех регионах нашей страны есть хосписы, поэтому трудно представить, что когда-то такой помощи больным не существовало.
- С 2002 года на кафедре онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова (заведующий кафедрой профессор А.М. Беляев) впервые в нашей стране для слушателей врачей-онкологов в разделе реабилитации онкологических больных и разделе медицинской этики и деонтологии и правовым вопросам онкологической службы проводится курс психоонкологии и онкопсихологии. Преподавателем курса является доцент кафедры онкологии, кандидат психологических наук В.А.Чулкова. В рамках курса рассматриваются вопросы о психологических проблемах в онкологии, психологических реакциях онкологических больных на заболевание, психологических аспектах врачебной деятельности и др. Создана программа семинара-тренинга «Психоонкология: что нужно знать практическому врачу для работы с больным раком?». К изданным ранее 10 пособиям для врачей-онкологов в последние годы добавились еще 5.
- Медицинские психологи Института активно проводят научно-методическую и образовательную деятельность и в других учебных учреждениях Санкт-Петербурга. Так, начиная с 2003 года в Санкт-

Петербургском государственном университете на факультете психологии (кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций) доцент В.А. Чулкова проводит занятия со студентами - клиническими психологами на тему «Психологическая помощь онкологическим больным». В настоящее время на факультете психологии для направления «клиническая психология» читается курс «Психологические проблемы в онкологии». На кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций (факультет психологии СПбГУ) в конце 2010 года был организован постоянно действующий научно-практический семинар по онкопсихологии. Целью организации научно-практического семинара является объединение и поддержка психологов, работающих в различных онкологических учреждениях Санкт-Петербурга, повышение их профессиональной компетентности, а также формирование адекватного представления об онкологических больных и работе с ними и их родственниками у психологов, которые не работают в онкологии. Ведущая семинара - доцент указанной кафедры, старший научный сотрудник НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова В.А. Чулкова.

- В год празднования 90-летия НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова можно с гордостью отметить, что под руководством директора Института проф., д.м.н. А.М. Беляева и при участии главного врача к.м.н., доцента А.П. Карицкого и заведующей научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, д.м.н. Т.Ю. Семиглазовой создана и активно развивается Служба психологической помощи онкологическим больным и их родственникам, являющаяся обязательным компонентом мультидисциплинарного подхода в лечении и реабилитации больных различными злокачественными новообразованиями. В Институте сегодня трудятся 2 психотерапевта и 4 медицинских психолога, что позволяет более эффективно и многопланово осуществлять психологическую помощь, которая полностью отвечает целям и задачам психологической реабилитации онкологических больных на всех трех

основных этапах. Ежемесячно в Институте совместно с Санкт-Петербургским городским общественным пациентским движением «Движение против рака» проводятся Школы для пациентов и их родственников с участием врачей-онкологов, юристов и психологов, которые подсказывают больным как не сломаться, выстоять и бороться с заболеванием. При активном участии медицинского психолога, доцента, к.п.н. В.А. Чулковой с обучающимися и слушателями циклов учебно-методического отдела (зав. отделом доцент М.В. Рогачев) активно обсуждаются актуальные вопросы психологических реакций онкологических больных на заболевание, психологические аспекты врачебной деятельности и т.д.. Результаты научно-исследовательской работы по исследованию различных аспектов отношения к лечению, включающего в себя и особенности психологического реагирования онкологических больных на него, проводимой как в рамках Государственного задания, так и клинической апробации Минздрава России, активно используются в практическом здравоохранении и планировании дальнейших научных исследований.

Таким образом, этот исторический экскурс показывает, как, начиная с работ Н.Н. Петрова, постепенно и неуклонно происходило и происходит развитие психоонкологии и онкопсихологии в Институте и что некоторые подходы и исследования в этой области, развиваемые в Институте, являются пионерскими для нашей страны.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В. и др. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Тез. док. Всесоюзного симпозиума: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. – Л., 1978. - С.9-11.
2. Березкин Д.П., Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. и др. Медико-психологические аспекты в онкологической клинике // Реабилитация онкологического больного. - Л., 1979. - С. 62-74.
3. Березкин Д.П., Екимов В.И. О некоторых медико-психологических аспектах в улучшении лечебной помощи больным раком желудка, толстой

- и прямой кишки // Проблемы медицинской психологии (материалы научной конференции). – Л.: Медицина. -1976. – с.70-72.
4. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Припутин А.С., Константинова М.М., Чулкова В.А., Дунаевский И.В. Комплексное паллиативное лечение - путь к улучшению качества жизни онкологических больных // Вопросы онкологии, 1997. – Т.43, №1. – С. 67-71.
 5. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П. Скрининговое исследование уровня психоэмоционального напряжения онкологических больных в ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» МЗ РФ // Злокачественные опухоли. – 2016. - № 4, спецвыпуск 1.С. 271-272.
 6. Дёмин Е.В., Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы // Вопр. онкологии. - 1990 – Т.36. - №3. – С.360-364.
 7. Дёмин Е.В., Чулкова В.А. "Путь к выздоровлению" - международная программа улучшения качества жизни больных раком молочной железы и опыт её применения в России // Маммология. – 1995. - №2.- С.4-8.
 8. Донская Л.В., Дёмин Е.В., Артемкина Н.И. и др. Опыт реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения //Вопр. онкологии. - 1986. – Т. 32. - №4. – С.73-76.
 9. Зырянова Н.Г. О некоторых психических особенностях больных раком прямой кишки // Проблемы медицинской психологии (материалы научной конференции). – Л.: Медицина. -1976. – с.90-92.
 10. Мельников Р.А., Шабашова Н.Я., Семиглазов В.Ф., Моисеенко В.М. О медицинской реабилитации больных раком молочной железы // Вопр. онкологии. – 1981. - Т.27. - №7. – С. 77-82.
 11. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. – Л. – 1947. – 48 с.
 12. Холланд Дж., М. Ватсон М. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психо-онкологии (IPOS): интеграция психо-социального аспекта в ежедневный уход // Материалы Международной школы психо-социальной онкологии «Психо-социальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». Москва, 8 - 10 апреля 2013 г., Москва. – 2013. - С. 8 – 14).
 13. Чулкова В.А. Особенности психологии женщин, заболевших раком молочной железы // Ранняя диагностика рака молочной железы. Л., 1980. - С.134-142.
 14. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник СПб универ. - Сер. 12. - Вып.1. – С. 91 – 100.
 15. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб универ. - Сер. 12. - Вып.1. – С. 185 – 191.
 16. Чулкова В.А., Комяков И.П., Карелов А.Е., Демин Е.В., Донских Р.В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники // Учебное пособие для врачей-онкологов - СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова. -2012.– 30 с.

17. Holland J.C. Psychooncology: Where are we and where are we going? // J. Psychosoc. Oncol. – 1992. – Vol.10. – № 2. – P.103-112.

ГЛАВА 4

ОНКОЛОГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КРИЗИС

Чулкова В.А., Пестерева Е.В.

«Всякое страдание и болезнь вносит в духовный мир человека такие перемены, выдвигая одни его стороны, затемняя другие, меняя подчас всю гармонию личности, а также характер отношений к самому себе и ко всему окружающему, что есть основание заключить, что врачу в своей деятельности приходится считаться не с обыкновенным человеком, а со страдающим человеком как с особой психологической разновидностью» [11].

Г.И. Россолимо (1860 - 1928 гг) - российский врач

Информация об онкологическом заболевании нарушает привычное и безопасное существование человека и наполняет его жизнь тяжелыми переживаниями, ядром которых является страх смерти. Психологические исследования, проводимые как за рубежом, так и в нашей стране указывают на то, что онкологические больные нуждаются в психологической помощи [12, 14]. Для адекватной психологической помощи важно определение ситуации, в которой оказывается больной и его семья. Обычно ситуацию онкологического заболевания описывают как стрессовую. В настоящее время на кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии СПбГУ разработан концептуальный подход, с позиций которого ситуация онкологического заболевания определяется как экстремальная и кризисная [1]. Человек в экстремальной ситуации испытывает сверхсильный стресс, а в кризисной – пролонгированный макростресс [5].

Ситуация онкологического заболевания обладает всеми признаками, характерными для кризисных и экстремальных ситуаций: внезапностью возникновения ситуации, наличием витальной угрозы, разрушением картины мира, отсутствием контроля над происходящим, неопределенностью будущего, стадийностью протекания реакций на заболевание. Для ситуации онкологического заболевания свойственны и специфические признаки,

дополняющие общие: полиэтиологичность заболевания, калечащий характер оперативного вмешательства, длительное тяжелое лечение, отсутствие гарантий выздоровления, изменение социального статуса и материального положения.

Признаки, отличающие эти ситуации от других жизненных ситуаций, создают совершенно особые переживания человека. Невозможно понять всю гамму и смысл переживаний онкологического больного, если не учитывать «заданность» этих переживаний самой ситуацией болезни [15].

Общим для экстремальных и кризисных ситуаций является то, что они сопровождаются переживаниями, предельными по своей интенсивности. В этой связи в них всегда существует опасность психической травмы. При травме информация из вне – а в ситуации онкологического заболевания это диагноз рака - оценивается личностью как непереносимая для существования. Внешняя травма трансформируется во внутреннюю «самотравмирующую» силу [10]. В результате этого психическая жизнь человека редуцируется.

Между экстремальными и кризисными ситуациям имеются различия. Если экстремальная ситуация - это чрезмерное давление на человека внешних обстоятельств, которое превосходит его внутренние адаптационные возможности, то кризисная ситуация - переломный момент в развитии личности, при котором происходит утрата субъективного смысла жизни, важнейших ориентиров и ценностей, восстановление которых невозможно без коренной реконструкции личности.

Адекватным разрешением экстремальных и кризисных ситуаций является постепенное восстановление психического баланса. При этом человек не только восстанавливает душевный баланс, но и, интегрируя новый опыт, имеет шанс расширения идентичности и роста личности. Кроме того, при адекватном разрешении кризиса происходит переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного

смысла. Невозможность адекватного выхода из этих ситуаций приводит к самым различным формам дезадаптации [1].

Такое деление переживаний человека, находящегося в чрезвычайно трудной жизненной ситуации, на экстремальные и кризисные состояния весьма условно. В действительности при описании переживаний человеком подобных ситуаций могут присутствовать элементы и экстремального, и кризисного состояний [4].

Онкологическое заболевание обнажает самую суть жизни и неизбежно сталкивает самого больного, его семью и ближайшее окружение с экзистенциальными проблемами, которые в обычной жизни могут быть скрыты.

В первую очередь, как указывалось выше, больной сталкивается с угрозой жизни, *его собственной жизни*. Кроме того, заболевание оставляет человека один на один со своими проблемами: ведь близкие, как бы они не хотели, не могут пережить боль и страдания за другого человека. Эти мучительные для больного переживания вызывают глубинное ощущение одиночества. У больных разрушается иллюзия справедливого устройства мира. Человек теряет смысл существования. Нет ни одного онкологического больного, не задававшего себе вопроса «Почему я заболел?», который переформулируется в другие вопросы: «За что?», «За какие грехи?», «Как теперь жить?», «Стоит ли жить, если вся жизнь – химиотерапия?» Перед больным возникают вопросы ответственности за свой образ жизни, за свой вклад в лечение, он сталкивается с необходимостью обдумывать значение болезни, ее смысл и смысл своей жизни, чтобы в соответствии с этим жить в условиях болезни. Духовные проблемы не всегда осознаются человеком, но они придают его переживаниям особенно мучительный оттенок.

Все описанное выше сопровождается негативными переживаниями: страхом, тревогой, стыдом, обидой, беспокойством, чувством вины, которые являются проявлением страдания.

На фоне интенсивных отрицательных эмоций у больных наблюдается изменение познавательных процессов: трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти. Происходит снижение усвоения и искажение информации, необходимой для правильной оценки собственных возможностей, в результате нарушается способность к принятию конструктивных решений.

На соматическом уровне появляется ощущение физической слабости, физического истощения, чувство стеснения в горле, одышка с ощущением нехватки воздуха, прерывистое дыхание со вздохами.

Таким образом, болезнь проявляется на всех уровнях существования человека [8]:

- *соматическом* – нарушением функционирования органов и систем;
- *эмоциональном* – проявлением негативных эмоций: страха, тревоги, гнева, обиды, злости и других;
- *психологическом* – нарушением отношений к самому себе и к окружающим;
- *социальном* – изменением социального статуса и социальных связей;
- *духовном* – переживанием конечности жизни, одиночества, ответственности, смысла жизни.

Болезнь захватывает человека целиком, и выделенные уровни проникают друг в друга (больной жалуется на боль, и это не только физическая боль, поскольку в тотальной боли, наряду с физической, присутствует и эмоциональная, и духовная боль).

Психологическая реабилитация онкологических пациентов, психологическая помощь им должны быть направлены на то, чтобы помочь больным справиться с психологическими последствиями, вызванные онкологическими заболеваниями, и адаптироваться к ситуации заболевания.

Психологическая адаптация больного к заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни и принимать все те перемены, которые она вносит или может внести в жизнь. В ситуации онкологического

заболевания человек соприкасается с конечностью собственной жизни, и это вызывает у него сверхсильные мучительные переживания: картина мира заболевшего человека разрушается, все его существо отказывается верить, что прежней жизни уже не будет [16]. И он, как может, защищается от этой разрушительной катастрофической информации, используя бессознательные механизмы психологической защиты.

Психологическая защита – это проявление бессознательной психической активности, которая сформировалась в процессе развития личности [2]. Психологическая защита возникает сразу, как только появляется опасность болезни, она существует и в процессе лечения, и после него, предотвращая развитие психологических и физиологических нарушений. Благодаря психологической защите, в сознание заболевшего человека информация о заболевании вообще не допускается (например, *вытеснение* информации о болезни из сознательной сферы в бессознательное; *отрицание* злокачественного характера заболевания; *регрессия* - возвращение к более ранним, инфантильным личностным реакциям, проявляющимся в демонстрации беспомощности и зависимости), а если и допускается травмирующая информация, то она при этом интерпретируется как бы «безболезненным» для человека образом (*рационализация* – объяснение информации о болезни таким образом, что она становится приемлемой: «Болезнь тяжелая, но вовремя обнаружена»; *интеллектуализация* – контроль над эмоциями за счет преобладания рассуждений по их поводу вместо непосредственного переживания). Психологическая защита выступает в качестве буфера для ослабления эмоционального напряжения, снижения тревоги и страха у больного, но, закрепившись, мешает освоению новой информации и, вследствие этого, переработке травмирующей ситуации заболевания.

Адаптацию к заболеванию вообще и онкологическому, в частности, определяет отношение к болезни. Отношение к болезни – это интегративная личностная характеристика человека в ситуации заболевания, которая

формируется в процессе болезни и лечения и состоит из различных элементов [3].

Одним из таких элементов отношения к болезни является внутренняя картина болезни. Внутренней картиной болезни называется «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но и его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, все то, что связано для больного с приходом к врачу, - весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [7].

Таким образом, **внутренняя картина болезни** представляет собой разнообразные грани субъективной стороны заболевания и состоит у онкологических больных из следующих компонентов [15]:

Чувственный (телесный) компонент представлен в виде ощущений физического дискомфорта и неблагополучия, болевых ощущений и их интенсивности. Болезнь вынуждает человека сосредоточиться на симптомах неблагополучия, идущих от тела, при этом может возникать обида на свое тело («*Мое тело меня предало*» - больная С.). Так, больные раком молочной железы в 80 % случаях признаются, что до болезни не заботились о своем теле: не обращали внимания на те «сигналы» усталости, дискомфорта, которые «шли» от их тела. Следует обратить внимание на то, что обеспокоенность состоянием своего тела в ситуации заболевания (особенно в начале болезни) является для человека «открытием» его телесности и является закономерной реакцией. В отсутствии доступной для больного информации о заболевании и предсказуемости течения болезни обеспокоенность больного состоянием своего тела может закрепиться и перейти в ипохондрические реакции, когда любая физическая симптоматика, тем более, болевые ощущения, воспринимаются угрожающими для жизни.

Когнитивный компонент включает представления и знания о болезни, размышления больного, понимание им болезни. На основе информации,

полученной из различных источников, включая СМИ, интернет, общение с другими людьми, происходит интеллектуальная оценка больным своего заболевания либо как опасного или не опасного. Рак для человека – это одна из самых сложных, непонятных, таинственных и неопределенных болезней. Этот страх нередко приводит к тому, что люди не хотят ничего знать об этом заболевании и бессознательно защищаются от него с помощью «отрицания» и «вытеснения». Искаженное представление о раке, которое можно наблюдать в современном обществе, способствует этому. Однако большинство онкологических больных хотят знать информацию о заболевании, чтобы контролировать свою жизнь. Наблюдается некоторое противоречие между «желанием знать» правду о заболевании и «страхом знать» правду о нем, которое разрешается таким образом, что больной «желает знать» только «благоприятную» для себя информацию. Когнитивный компонент связан с той информацией, которую получает пациент о заболевании у врача. Отсутствие у больного адекватной информации, невозможность обсуждения вопросов, касающихся его состояния и лечения, увеличивают тревожность пациента, вплоть до усиления симптомов болезни и способствует неблагоприятному прогнозу.

Эмоциональный компонент включает эмоциональные реакции больного, которые могут вызывать как отдельные симптомы, так и заболевание в целом, а также его последствия, в том числе, и возможные изменения семейного и социального статуса. Особенности и интенсивность эмоциональных переживаний, обусловленных болезнью, зависит от степени значимости тех отношений, которые болезнь затрагивает. Эмоциональный компонент внутренней картины болезни онкологического пациента включает в себя, прежде всего, страх смерти, боли, а также и другие негативные эмоции: беспокойство, тревогу, обиду, гнев, чувство вины и стыда, эмоциональные состояния агрессии и депрессии. Эти эмоции и эмоциональные состояния возникают в ответ на интеллектуальную оценку заболевания. Врач, информируя больного о диагнозе, обращается к его

когнитивной оценке события и непосредственно воздействует на эмоциональные реакции больного.

Эмоциональный компонент отношения к болезни тесно связан с соматическим состоянием. Таким образом, эмоции являются одним из факторов в целостном процессе патогенеза заболевания. Тревога и депрессия больного, часто сопутствующие онкологическому заболеванию, являются показателем душевной боли и всегда усиливают физическую боль.

Мотивационный компонент проявляется через бессознательное человека и в его осознанном поведении, направленном на выздоровление, избавление от страданий, восстановление физического и душевного здоровья или не способствующее ему. Он выражается в виде надежды и терпения больного при ожидании как положительного результата лечения, так и в случае негативного проявления болезни и лечения. Нередко вербальные мотивы выздоровления и преодоления болезни не соответствуют реальным установкам больного. Мотивационный компонент играет ведущую роль во всей внутренней картине болезни, так как от этого компонента зависит то, как больной будет строить свою жизнь в контексте своего заболевания.

Таким образом, внутренняя картина болезни является инструментом создания и освоения пространства болезни, в котором существует больной человек. Пространство болезни – это та часть жизни больного, которая влияет на течение его жизни в других сферах и нередко определяет качество его жизни. Внутренняя картина болезни имеет определенную устойчивость и одновременно изменчивость, уточняющую и расширяющую представление самого больного о болезни. Для чего больному необходимо осваивать пространство болезни? Во-первых, неопределенность, возникающая с момента обнаружения заболевания, вызывает тревогу, которая может усиливаться. Больной пытается снизить неопределенность, тем или иным образом объясняя свою болезнь, что приводит, соответственно, к уменьшению тревоги. Во-вторых, информированность о болезни, состоящая не только в информации о заболевании, но и о лечении, и о возможных

осложнениях, и о том, что может сделать сам больной для собственного лечения, в определенной мере создает ощущение контроля над ситуацией. Наконец, освоение пространства болезни позволяет принимать ее и переформировывать представление о мире и о себе, что соответствует успешной адаптации.

Совокупность компонентов внутренней картины болезни формирует широкий спектр психологических реакций онкологического больного на заболевание, определяет ведущие сознательные стратегии совладания со стрессовыми ситуациями – **копинг-стратегии**. Приведем несколько примеров различных вариантов копинг-стратегий:

Когнитивные копинг-стратегии:

- «Проблемный анализ» болезни, ее последствий, поиск соответствующей информации, расспрос врачей, обдумывание. Указанная копинг-стратегия – адаптивная, так как соответствует поведению, направленному на анализ возникших трудностей и возможных путей выхода из нее. Больной, использующий такую копинг-стратегию, снова и снова обращается к своей болезни: симптомам, переживаниям, пытается ее понять, тем самым он постепенно перерабатывает травмирующую ситуацию заболевания. Вместе с тем, этот больной вызывает у окружающих непонимание, им кажется, что он «зациклился», с ним трудно: он может задавать вопросы, на которые не всегда есть ответ.
- «Игнорирование», переключение мыслей на другие темы. Эта копинг-стратегия является неадаптивной, так как представляет собой умышленную недооценку неприятностей и соответствует пассивному поведению больного. При этом окружающие нередко поддерживают именно эту стратегию: «Не думай о болезни», им кажется, что своим советом они уберегают больного от страданий.

Эмоциональные копинг-стратегии:

- «Протест» - является адаптивной, так как больной активно выражает протест по отношению к трудностям.

- «Подавление эмоций» - неадаптивная копинг-стратегия, характеризуется подавленным эмоциональным состоянием.

Поведенческие копинг-стратегии:

- «Обращение» - адаптивная копинг-стратегия, характерным для нее является поиск поддержки в ближайшем социальном окружении.
- «Активное избегание» - неадаптивная копинг-стратегия, так как соответствует поведению, предполагающему избегание мыслей о неприятностях.

Следует отметить, что психологическая адаптация человека (в том числе в ситуации тяжелой болезни) представляет собой сложный внутренний процесс, который развивается не поступательно. Возможны различные варианты возвращения к прежним формам адаптации с последующим обращением к новому опыту. Исходя из этого, конструктивность психологической адаптации нельзя оценивать однозначно.

На психологическую адаптацию влияет также контекст ситуации, в которой находится больной человек. Например, конструктивные, с точки зрения возможностей психологической адаптации, копинг-стратегии не всегда поддерживаются социальным окружением: близкие склонны ожидать от себя и от больного поведения, соответствующего жестким рамкам социально-культурных стереотипов.

Даже, если с точки зрения психологической адаптации, определенная стратегия является адаптивной, то ее ригидность (устойчивость) может свидетельствовать о наличии у человека психологических проблем. Например, преобладание у больного на всех этапах течения заболевания поведенческой стратегии «обращение» может указывать на то, что пациент ориентирован исключительно на внешний ресурс, что усугубляет неуверенность в собственных силах.

Конструктивность любой стратегии определяется конгруэнтностью человека самому себе. Так, эмоциональная копинг-стратегия «оптимизм» свидетельствует о наличии у человека надежды на благополучный исход.

Вместе с тем, очень часто у онкологических больных оптимизм имеет защитную функцию. Одни больные с выраженным анозогнозическим компонентом реагирования на болезнь отрицают злокачественный характер своего заболевания, поэтому избегают действительного знания о болезни и живут в «нереальном» мире. Другие – утверждением, что «все будет хорошо», пользуются как заклинанием, пытаясь таким образом справиться с тревогой и страхом, вызванными болезнью. Не допуская проявления этих чувств, они лишь усиливают свое внутреннее психическое напряжение. О болезни такие больные спрашивают мало, так как боятся услышать что-нибудь плохое, поэтому их мир тоже не реален. Реальный оптимизм возможен на основе адекватной информации о заболевании и его лечении. Реальным оптимистом может быть человек, который реально оценивает ситуацию и при этом находит силу и мужество жить и ставить перед собой конкретные жизненные цели. Уверенность в наличии выхода из тяжелой ситуации строится на основе целостного восприятия ситуации, при этом человек углубляется в смысловой уровень переживания происходящего. Нахождение больным ресурса в своих переживаниях возможно при наличии глубинного доверия и контакта с самим собой.

В ситуации онкологического заболевания одним из ключевых моментов отношения к болезни и критерием успешной психологической адаптации больного является принятие им злокачественного характера патологического процесса. Процесс принятия злокачественного характера заболевания требует внутренней душевной работы больного, вследствие которой формируется новая внутренняя позиция человека, отражающая содержание и динамику основных смысловых изменений в структуре личности. Душевные переживания свойственны всем онкологическим пациентам, но каждый переживает по-своему. Часто именно предельные по своей силе переживания мотивируют человека искать смысл происходящих событий в своей жизни.

Принятие злокачественного характера заболевания проявляется в динамике психического состояния больного. Эта динамика может

представлять три фазы, которые не совпадают с этапами течения онкологического заболевания и лечения пациента. Они отражают индивидуальную адаптацию конкретного человека к заболеванию [17].

Первая фаза динамики психического состояния пациента - от отрицания болезни к принятию. Психологическая задача пациента – принятие болезни. Самый длительный и мучительный этап. Американский психолог Э. Кюблер-Росс [6] описала стадии осознания и принятия своей смерти онкологическими больными. В модифицированном виде описание этих стадий можно распространить на осознание и принятие любого тяжелого, неприятного события, связанного с эмоционально значимой потерей.

Психологический шок. Вызывается получением информации о наличии заболевания раком. Происходит потеря чувства безопасности. Больной находится в состоянии растерянности, отчаяния, паники. Возникает ощущение безвыходности, тупика. Появляются суицидальные мысли. Преобладающее чувство – *страх*.

Стадия отрицания. Запускаются бессознательные психологические защитные механизмы, снижающие травматизацию от полученной информации о наличии заболевания, в виде отрицания злокачественного характера заболевания или вытеснения мыслей о заболевании. Глубоко подавляемое и неосознаваемое чувство – *страх*. Внешне проявляемое чувство – спокойствие, небольшое волнение. На данной стадии больным свойственен анозогнозический тип отношения к болезни.

Стадия агрессии. Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Больной признает серьезность ситуации. Ищет причины болезни. Обвиняет окружающих и жизненные обстоятельства в возникновении болезни. Преобладающее, часто не осознаваемое чувство – *страх*. Проявляемые чувства – гнев, злость, обида. Стадия агрессии характеризуется дисфорическим, обвиняющим типом реагирования.

Стадия депрессии. Психологические бессознательные защитные механизмы перестают действовать. Больной начинает осознавать серьезность ситуации. Ищет причины болезни. Занимается самообвинением и самобичеванием. Преобладающее, часто не осознаваемое чувство – *страх*. Проявляемые чувства – депрессия, тревога, чувство вины, стыд. Появляются суицидальные мысли (возможна попытка суицида). Стадия депрессии характеризуется депрессивным типом реагирования.

Агрессия и депрессия – это стадии страдания. Сопровождаются интенсивными негативными чувствами и переживаниями. Происходит неоднократное чередование стадии агрессии и стадии депрессии. Возможность проявления чувств на этих стадиях является условием снижения эмоционального напряжения и перехода к следующей стадии.

Стадия попытки «сговора с судьбой». Происходит снижение эмоционального напряжения и у больного появляется мотивация к излечению. Возникают попытки «сговориться с судьбой», «выторговать» здоровье. Происходит поиск способов и путей избавления от болезни (традиционных и нетрадиционных). Преобладающие чувства – *страх и надежда*.

Стадия принятия болезни. Происходит принятие себя как больного человека. Формируется новая идентичность «Я – больной», что свидетельствует об интеллектуальном, которое происходит раньше, и об эмоциональном, наступающем позже, принятии болезни. Именно принятие болезни позволяет больному активно и ответственно лечиться и жить в условиях болезни. Психологический баланс восстанавливается. Преобладающие чувства – *страх, надежда и смирение*.

Принятие болезни сопровождается сверхсильными и мучительными переживаниями. Переживания являются особым видом душевной работы, благодаря которой происходит переработка психической травмы, возникает возможность психологического восстановления, появляется смысл жить, приобретается новый жизненный опыт.

Вторая фаза динамики психического состояния пациента. Психологическая задача пациента - адаптация к заболеванию, то есть научиться жить в условиях болезни. У больного возникает желание лечиться, контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в которой это возможно, и так, как он это понимает. Пациент интуитивно чувствует, что у него есть внутренний потенциал, который не используется в процессе медикаментозного лечения. В этот период пациент обращается как к внешним ресурсам (семья, друзья, врачи, сослуживцы), так и внутренним (надежда, желание жить), охотно учится новым техникам саморегуляции.

На данной фазе динамики психического состояния пациенты, проживающие онкологическое заболевание как экстремальную ситуацию, психологически адаптируются к ситуации болезни. В результате осознания своих чувств и переживаний эмоциональное напряжение больного снижается, ситуация из непереносимой превращается в более переносимую, пациент становится способным контролировать свое состояние и ситуацию, в той мере, в которой это возможно. У пациента происходит принятие болезни и себя в роли больного, благодаря чему у него расширяется диапазон адаптивных реакций в сложившей жизненной ситуации, приобретает опыт поведения в болезни. Таким образом, происходит адекватное разрешение экстремальной ситуации.

Третья фаза динамики психического состояния пациента характерна для больных, которые переживают заболевание как кризис. Психологическая задача пациента – изменение и реконструкция личности. Больной через обращение к аутентичности приходит к новой личностной интеграции. При этом больные понимают, что уже «не могут жить так, как раньше». Страдая, испытывая мучительные переживания, они пытаются не избежать или снизить остроту этих переживаний, а «пройти сквозь них». При адекватном разрешении кризиса происходит переоценка и переосмысление жизненных ценностей, приоритетов, целей и жизненного смысла. Ситуация заболевания, связанная с витальной угрозой, способствует соприкосновению человека с

самим собой, со своей подлинностью. Человек обращается к экзистенциальным вопросам: «Что есть моя жизнь?», «В чем смысл жизни?», «Что такое смерть для человека?» Переживание смысла имеет отношение к пониманию себя, к осознанию собственной идентичности и принятию непрерывности жизненного процесса. У больного появляется способность переживать и преодолевать жизненные трудности, и это создает предпосылки для личностного роста.

На успешность адаптации онкологического больного оказывают влияние разные факторы, но, в первую очередь, отношение пациента к болезни, которое обязательно включает в себя смысловое содержание заболевания, а также способы, с помощью которых заболевший человек справляется с трудно переносимой жизненной ситуацией.

Следует принимать во внимание, что в нормально протекающем процессе адаптации к ситуации онкологического заболевания возникают и являются закономерными такие состояния пациента, которые включают в себя элементы психопатологии. Это можно объяснить тем, что прежние представления онкологического больного о своем здоровье, себе, мире – все то, что относится к картине мира человека – под влиянием травмирующей информации разрушается, сопровождаясь мучительными душевными страданиями, и только в результате разрушения одного создается нечто другое, новое, собственно говоря, в этом и состоит адаптация. Например, острая стрессорная реакция на информацию о злокачественном характере заболевания присуща большинству больных и соответствует скорее нормальному проявлению психики человека, чем психопатологическому. Другой пример – тревога и депрессивное состояние, сопровождающие процесс принятия болезни, также являются необходимыми компонентами в структуре переживаний больного и могут выражаться в значительной степени. Еще один пример, касающийся ипохондрии больного, который через предъявление ипохондрических жалоб объективирует телесные ощущения и, тем самым, отражает свои взгляды на болезнь, ожидания, страхи, а

отсутствие адекватной информации о заболевании и лечении делает ипохондрические переживания пациента устойчивыми – указанная ипохондрическая симптоматика является естественным и необходимым компонентом в ситуации болезни.

Грань, которая отделяет нормальное состояние психики больного в процессе адаптации от психопатологических осложнений, вызванных психотравмирующим характером болезни, весьма тонкая, и необходим взгляд медицинского психолога, чтобы определить, что является еще нормой для больного, а что уже патологией, которая нарушает процесс адаптации.

Примером этого являются:

- *Фиксация на одной из стадий.* Например, больные с выраженным анозогнозическим компонентом реагирования на болезнь отрицают злокачественный характер своего заболевания, поэтому избегают действительного знания о болезни и живут в «нереальном» мире «без рака».
- *Невротические проявления.* Даже в состоянии стойкой ремиссии среди жалоб пациентов преобладает симптоматика невротического регистра: аффективная лабильность в виде впечатлительности, ранимости, плохой переносимости стрессовых ситуаций; нарушения социальных контактов в виде дискомфорта в ситуациях широкого взаимодействия; ипохондрические жалобы; воспоминания о перенесенном заболевании и его лечении вызывают рефлекторную тошноту, чувство глубокой усталости, астенизацию.
- *Возникновение других соматических заболеваний психогенной природы.* Врачи нередко выявляют сердечно-сосудистые осложнения, возникающие у онкологических больных в результате полихимиолучевой терапии, что отражается как на качестве их жизни, так и на продолжительности ее. При этом, по мнению некоторых авторов, в развитии кардиальных осложнений не меньшую роль, чем непосредственное действие химио- и лучевой терапии, играют

вегетативная и центральная нервная система: стрессовая ситуация заболевания и лечения, отрыв от семьи, нередко нарушение семейных отношений и трудности социальной реабилитации [18, 19].

- *Суицид*. У больного наблюдаются суицидальные мысли и действия.

В настоящее время угрожающие жизни болезни внесены в перечень травматических стрессоров, способных вызвать посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое проявляется не сразу после травмы, а спустя, как правило, месяц и более.

Отмечается два основных отличия травмирующего воздействия заболеваний с витальной угрозой от других видов стрессоров:

1. невозможность разделить травмирующее событие от самого индивида, поскольку угроза, которую несет в себе болезнь, исходит не из внешней среды, а находится внутри организма;
2. опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека в отличие от других видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее [9].

Переживания, сопровождающие ситуацию онкологического заболевания соответствуют критериям для постановки ПТСР (DSM – IV, с 2013 года действует DSM – V):

- ситуация включает угрозу жизни, угрозу серьезных повреждений, угрозу физической целостности;
- реакция больного включает интенсивный страх, ужас и чувство беспомощности [13].

Клиническая картина ПТСР у онкологических больных включает в себя такие признаки как:

- навязчивые повторяющиеся сны о событиях, связанных с заболеванием; любая боль или другие непонятные больному физические ощущения вызывают у него невротические и

психосоматические симптомы, которые символизируют для больного рецидив заболевания, проявление метастазов;

- больной не может говорить о своем заболевании, встреча со специалистами, которые его лечили, вызывает слезы; пациент выражает желание «все забыть», при этом он склонен изолироваться от других людей, не видит жизненной перспективы;
- трудности с засыпанием, раздражительность и вспышки гнева; затруднения с сосредоточением внимания, повышенный уровень настороженности.

Совокупность указанных симптомов свидетельствует о психической травматизации больного, ведущей к дезадаптации, но по отдельности в той или иной мере эти симптомы могут быть представлены в переживаниях онкологического пациента и в процессе адаптации к заболеванию.

На наш взгляд, практически каждый онкологический больной травмирован информацией о наличии у него злокачественного новообразования. Однако при этом степень нарушений адаптации у пациентов различная. Так, небольшая часть больных способна кумулятивным образом собирать и организовывать необходимую им психологическую помощь, эти больные самостоятельно перерабатывают травмирующую информацию, они могут совершать внутреннюю душевную работу и адаптируются к ситуации заболевания. У других пациентов, наоборот, развиваются психопатологические и патопсихологические осложнения в виде невротических и психосоматических нарушений, острой стрессорной реакции и ПТСР, которые свидетельствуют о нарушении адаптации, и могут требовать медикаментозного лечения. Но при этом необходимо учитывать, что психофармакологическая помощь направлена только на актуальное эмоциональное состояние пациента. Вследствие этого, у больного не происходит переживания травмирующей ситуации заболевания, которое необходимо для его принятия, и отсутствует осознание болезни на

психологическом и духовном уровнях. Большая часть онкологических больных находится в состоянии эмоциональной напряженности и психической неустойчивости. Именно эта группа больных в большей мере должна быть в фокусе внимания медицинских психологов, так как своевременно и адекватно оказанная профессиональная психологическая помощь пациентам этой группы, может способствовать их успешной адаптации к ситуации заболевания, что отвечает цели психологической реабилитации.

Литература:

1. Бочаров В.В., Карпова Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Анализ экстремальных и кризисных ситуаций с позиции клинической психологии // Вестник СПб университета. – 2010. - Сер. 12. – Вып. 1. – С.9–16.
2. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика, обучение - СПб. М: Центр Академия. - 2003. - 736 с.
3. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология. - СПб.: Сенсор, 1999. – 76 с.
4. Карпова Э.Б., Чулкова В.А. Онкологическое заболевание как психологический кризис // матер. научн.-практ. конф. «Ананьевские чтения – 2007». СПб.: Изд-во СПбГУ. – 2007. – С. 556 – 557
5. Карпова Э.Б. Психология кризисных и экстремальных состояний с позиции основных психологических направлений // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: индивидуальные жизненные кризисы, агрессия и экстремизм / Учебник под общ. ред. д-ра психол. наук Н.С. Хрустальной. – СПб.: Из-во СПбГУ. - 2016. – С.10 – 36.
6. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. - Пер. с англ.- Киев: София. - 2001.- 320 с.
7. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. 4-е изд. М: Медицина. - 1977. – 111 с.
8. Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психоонкология // Пособие для врачей. – СПб. - 2007.- 38 с.
9. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: теория, эмпирия, практика. - М: Институт психологии РАН. - 2012. - 206 с.
10. Решетников М.М. Психическая травма. - СПб: Речь. - 2006. - 322 с.
11. Россолимо Г.И.О роли психических факторов в медицине в связи с необходимостью упрощения лечения болезней нервной системы // Независимый психиатрический журнал. – 1994. - №3. – С.13 – 17.
12. Сборник статей и рабочих материалов Международной школы психосоциальной онкологии «Психосоциальный подход в клинической

- онкологии: от науки к практике». Москва, 8 - 10 апреля 2013 г. - Москва. – 2013. – 125 с.
13. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. - 175 с.
 14. Ткаченко Г. А. Психологическая коррекция кризисного состояния личности женщин, страдающих раком молочной железы / Г. А. Ткаченко // Сибирский психологический журнал – 2008. – № 30. – С. 97–101.
 15. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. - 2009. – Т.10, № 3.- С. 151 – 157.
 16. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник СПбГУ. - 2010. - Вып. 1. – Сер. 12. - С. 91-100.
 17. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб университета. – 2010. - Вып. 1. - Сер. 12. - С. 185 – 191.
 18. Fuku Mi.D., Uchikoba Y., Maeda M., Ogava S. Longitudinal evaluation of anthracycline cardiotoxicity by Signal-averaged electrocardiography in children with cancer // Radiat. Int. 2001. - Vol. 44, N 2. - P. 134-140.
 19. Girinsky T., Cordova A., Rey A., Cosset J.M., Tertian G., Pierga J.Y. Thallium-201 scintigraphy in not predictive of late cardiac complications in patients with Hodgkihs disease threated with mediastinal radiation // Int. J.Radiat. Oncol. Biol. Phys. 2000. - Dec. 1. - Vol. 48, N 5.- P. 1503-1509.

ГЛАВА 5

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ОНКОЛОГА

Чулкова В.А., Пестерева Е.В.

5.1. Особенности взаимодействия врача с онкологическим пациентом

В последнее время в медицине возрастает интерес к разным аспектам проблемы отношения к лечению самого пациента и его приверженности лечению (комплаенс), которые оказывают влияние как на эффективность лечения, так и на качеством жизни больного [2, 11]. Необходимость учитывать приверженность больного к лечению особенно остро стоит в онкологии, так как новые, высокотехнологичные методы диагностики и лечения онкологических больных сосредотачивают внимание врача на проводимом лечении, и он чувствует ответственность только за его результат. При этом психологическая сторона заболевания: личность самого больного, его переживания и эмоциональное состояние, оказывающие влияние на лечение, учитываются врачом не в достаточной степени [12]. В процессе лечения врач непосредственно вступает в психологическое взаимодействие с больным. При онкологическом заболевании это взаимодействие даже больше, чем при любом другом, имеет значение для лечения больного и его адаптации к заболеванию. Врач оказывается именно тем человеком, который наиболее компетентно и в наибольшей степени адекватно может помочь больному существовать в ситуации болезни. От его слов и действий во многом зависит сама жизнь больного. Согласно проведенному в США исследованию, направленному на выявление социально-психологических нужд онкологических больных, доступных для них услуг и доказательной базы для их вмешательства, было установлено, что наиболее эффективными оказались меры по улучшению коммуникации между врачом и пациентом и только потом - психотерапевтическое и

психологическое консультирование, а применение психофармакологических средств – на третьем месте [6].

Таким образом, от врача-онколога требуется психологически грамотное профессиональное взаимодействие с больным. Отсутствие профессиональной подготовки к коммуникативной деятельности, которая является неотъемлемой частью работы любого врача, создает ряд трудностей во взаимоотношениях с онкологическими пациентами.

Онкологическому больному хочется психологической включенности врача в его личную ситуацию: он хочет, чтобы врач понимал его переживания и сочувствовал ему, чтобы он стремился именно ему помочь в лечении. В то же время именно это составляет огромную проблему для врача, так как отношения «врач-больной» асимметричны. Если положение больного является уникальным, нередко критическим, то для врача отношения с этим больным являются одними из многих отношений с больными, с которыми ему одновременно приходится взаимодействовать в процессе лечения. Трудность для врача составляет необходимость создания индивидуальных отношений с каждым пациентом, но при этом он должен исходить не из своих личных предпочтений и оценок, а руководствоваться осуществлением цели своей профессиональной деятельности. Такие взаимоотношения влияют не только на эмоциональное состояние больного, но и на самого врача, способствуя его эмоциональному выгоранию.

Также отсутствие профессиональной психологической подготовки приводит к тому, что врач во взаимодействиях с пациентом часто ориентируется на свой жизненный опыт, который нередко является непрофессиональным и может повысить эмоциональную напряженность в отношениях врача с больным. В проведенном исследовании врачей различных отделений НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и слушателей кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова было предложено закончить высказывание в свободной форме: «пациент, с которым хочется общаться...» и «пациент, с которым общаться не хочется...». С помощью содержательного

анализа по характеристикам выбранного определения все ответы врачей были разделены на несколько групп: отношение больного к лечению, отношение больного к врачу, особенности личности больного, психологическое состояние больного, интеллектуально-культурный уровень больного. Таким образом было выяснено, что в условной ситуации «благополучного» психологического взаимодействия («пациент, с которым хочется общаться...») 36,9% предложенных врачами вариантов определений относились к группе «отношение больных к лечению» (например, «желает поправиться», «настроен на излечение», «адекватно понимает ситуацию заболевания»). Иначе говоря, врачи для взаимодействия с больным выбирали профессиональную позицию. Личные качества (например, открытый, контактный, коммуникабельный, доброжелательный, доверчивый) при определении пациента, с которым они хотели бы общаться, выбрали 17,5% врачей. В то же время при определении врачами больных, с которыми им не хотелось бы общаться, наибольшее число врачей – 35,9% - выбрали определения, характеризующие личность больного (например, вязкий, склочный, зануда, ипохондрик, эгоист, самодовольный). Лишь только 8,7% врачей выбрали определения больных, с которыми им не хотелось бы общаться, характеризующие отношение больного к лечению (например, «отсутствие веры в излечение», «негативизм к лечению», «требует неправду о болезни»).

Таким образом, в ситуации условно «неблагополучного» психологического взаимодействия с пациентом врач с профессиональной позиции переходит в сферу личных отношений, то есть, занимаясь профессиональной деятельностью, он использует не профессиональные коммуникативные умения и навыки, а привычные навыки общения с людьми, которыми он пользуется в своей повседневной жизни.

Смещение с профессиональной позиции в сферу личных отношений повышает эмоциональную напряженность во взаимодействии врача с онкологическим больным, появляется основа для конфликта [8].

Разрешение этих проблем лежит в осознании врачом своей профессиональной позиции и в его стремлении к осознанным взаимоотношениям с пациентом.

В основе эффективного взаимодействия врача с онкологическим больным, оказывающего влияние на психическое и физическое самочувствие больного и определяющее его отношение к болезни и лечению, лежит несколько факторов, главными из которых являются следующие:

- ***Понимание переживаний и психического состояния онкологического больного.*** Врачу-онкологу при взаимодействии с онкологическим больным необходимо понимать и учитывать ситуацию онкологического заболевания. При диагностировании рака у человека разрушается «иллюзия бессмертности», возникает реальная угроза жизни, страх смерти является ядром переживаний онкологического больного. В связи с этим у него происходит разрушение привычной картины мира, которая содержит представления и убеждения человека о себе и окружающем мире, складывающиеся в течение жизни и сознательно, а чаще бессознательно отвечающие потребности жить в безопасном для него мире. Иначе говоря, информация об онкологическом заболевании разрушает безопасное существование больного. При этом он ощущает утрату контроля над ситуацией, болезнью, лечением и жизнью в целом при неопределенном будущем. С позиций клинической психологии, ситуацию онкологического заболевания можно охарактеризовать не просто как стрессовую, а как экстремальную или кризисную ситуацию, для которых характерными являются сверхсильные предельные переживания [7]. Именно предельность переживаний онкологического больного создает угрозу его психической травматизации, одним из проявлений которой является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), наблюдаемое примерно у пятой части всех онкологических пациентов. Клиническая картина ПТСР у онкологических больных включает в себя такие признаки как: 1) навязчивые повторяющиеся сны о событиях, связанных с заболеванием; любая боль или другие

непонятные больному физические ощущения вызывают у него невротические и психосоматические симптомы, которые символизируют для больного рецидив заболевания, проявление метастазов; 2) больной не может говорить о своем заболевании, встреча со специалистами, которые его лечили, вызывает слезы; пациент выражает желание «все забыть», при этом он склонен изолироваться от других людей, не видит жизненной перспективы; 3) трудности с засыпанием, раздражительность и вспышки гнева; затруднения с сосредоточением внимания, повышенный уровень настороженности [5].

• ***Проявление эмпатии (сочувствие и сострадание, безоценочное отношение).*** Ситуация онкологического заболевания наполнена мучительными и сверхсильными переживаниями больного, требующими огромной душевной работы для разрешения экзистенциальных и других психологических проблем, возникших или ставших актуальными в связи с болезнью. Врачу-онкологу в своей профессиональной деятельности приходится взаимодействовать не с обычным, а с глубоко страдающим пациентом, нуждающимся в эмоциональной поддержке, что становится возможным при наличии у врача эмпатии, которая является одним из основных коммуникативных качеств врача (приложение 2). Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится - не нравится), эмпатия – это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет. Эмпатия позволяют врачу не только лучше понять больного человека, его мысли, чувства, желания, но и показать ему то, что врач его понимает и сочувствует ему. Эмпатия позволяет врачу видеть и понимать не только внешне проявляемое поведения пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется. Она может выражаться как на вербальном, так и на невербальном уровне [10].

- ***Адекватное информирование о болезни (диагноз, исследования, лечение, процедуры, осложнения, дальнейшая жизнь в условиях болезни).***

Важнейшим аспектом взаимодействия врача с онкологическим больным является информирование больного, особенно в тех случаях, когда больной действительно хочет иметь информацию о болезни (приложение 3). Наличие достаточной информации помогает больному в формировании адекватного отношения к болезни. Скучная информация о заболевании (например, больному сообщается только диагноз), избегание вопросов, касающихся лечения и состояния больного, усиливают его тревогу, порождают страхи и могут создавать или усиливать симптомы болезни. По нашим данным, практически все больные признают руководящую роль врача в лечении – это и есть признак того, что больные сами не контролируют ситуацию заболевания и лечения. Врач, предоставляя больному адекватную информацию не только о диагнозе, но и обсуждая с ним план лечения, информируя его о целях проводимых исследований и процедур, создает у больного ощущение, что и сам больной участвует в лечении и тем самым в некоторой степени контролирует ситуацию. Все это способствует осознанию онкологическим больным своих мотивов выздоровления и формированию его ответственного отношения к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою силу и свое значение в решении жизненно важных для него проблем [9].

5.2. Осознание врачом собственных трудностей и ограничений во взаимодействии с пациентом

Рак - одна из наиболее таинственных и коварных болезней. Вокруг онкологических заболеваний возникает огромное количество разного рода мифов, которые широко распространены как среди пациентов и их родственников, так и среди населения в целом. Существуют мифические представления и во врачебной среде. Издавна отмечено, что для больного слова врача и интонация, с которой они сказаны, имеют большое значение: от них зависит настроение больного, его психическое, а, следовательно, и

физическое, состояние, его отношение к болезни и лечению. В связи с этим у врача нередко формируется мифические представления о своем психологическом воздействии на онкологического пациента и своей профессиональной роли. Мы выделяем следующие мифические представления, которые могут наблюдаться во врачебной среде [10].

1 миф - «Врач является для пациента лучшим психотерапевтом, поэтому другой специалист не нужен». Нередко это мнение врача разделяется и больными. Смыслом данного мифа является не всегда осознанное стремление врача удовлетворить свою потребность быть значимым и повысить свою самооценку.

В реальности: врач-онколог, медицинский психолог и психотерапевт при взаимодействии с пациентом исходят из различных профессиональных позиций, которые требуют разных подходов и методов. В оказании психологической помощи врач-онколог, медицинский психолог и психотерапевт не исключают, а дополняют друг друга.

2 миф – Больные, которым врач проявляет интерес и уделяет внимание, более привержены лечению и, возможно, в этой связи, их лечение идет более успешно. Это объясняется включенностью больного в процесс лечения, он чувствует себя его активным участником и партнером врача, что, возможно, сказывается и на результатах лечения. При этом существует врачебный миф, приписывающий выше перечисленное уникальным способностям врача, то есть врач видит (или хочет видеть) в успехе лечения больного только особенности собственной личности, проявляющейся в его умении воздействовать на пациента и тем самым улучшать его состояние. За мифом стоит неосознаваемая потребность врача доминировать.

В реальности: обсуждение с пациентом заболевания и лечения формирует у него адекватное отношение к ней, а наличие эмоционального контакта с врачом снижает эмоциональное напряжение, что может влиять на лечение.

3 миф – Сильные негативные чувства и переживания онкологического больного вовлекают врача вплоть до возникновения ощущения, что он «заразился» чувствами больного. Представление о том, что можно «заразиться» чувствами другого - это миф. За этим кроется эмоциональное истощение врача, уязвимость, неосознание своих чувств в процессе взаимодействия с больным.

В реальности: при отсутствии у врача профессиональных коммуникативных навыков (приложение 2), он не умеет осознавать и разделять свои чувства и чувства пациента, он идентифицируется с пациентом и возникает ощущение, что «заразился». В этом случае имеет место смешение личной и профессиональной позиции врача.

Обозначенные мифические представления обусловлены существующими в медицинской среде представлениями о личностных качествах, присущих врачу. Осмысление личностных качеств, связанных с профессией врача, происходит в течение всей профессиональной жизни специалиста, начиная с момента поступления в медицинский вуз. Как показывают исследования, у студентов, обучающихся в медицинском вузе, существует идеализированное представление о врачебной профессии, которое корректируется в процессе обучения. При этом идеализированный образ врача наделяется всеми положительными качествами по максимуму, что вряд ли возможно в реальной профессиональной жизни. Идеализированный образ врача, в отличие от идеализированного представления о врачебной профессии, может сохраняться не только во время обучения в вузе, но и нередко после его окончания [3]. Эта инфантильная личностная позиция студента, а затем и врача, основанная на иллюзии о всемогуществе, может являться одним из источников постоянного разочарования и неудовлетворенностью в работе, что способствует эмоциональному выгоранию врача.

Для эффективного взаимодействия с пациентом врачу необходимо знать особенности своей личности (например, высокая тревожность, педантизм как

следствие ригидности, медлительность, вспыльчивость и т.д.), которые сами по себе не являются ни плохими, ни хорошими, но, проявляясь в определенных ситуациях, они могут создавать трудности и ограничения в общении. Кроме того, у врача, как у любого человека, могут существовать свои неразрешенные личные и профессиональные проблемы, мало того, не все из них и могут быть разрешены в силу различных обстоятельств. Наличие этих проблем может также проявляться и влиять на взаимодействие с пациентом, поэтому врачу важно осознавать свои нерешенные проблемы.

Согласно исследованию, будущие врачи, особенно студенты первых курсов, считают важным условием успешной деятельности врача мотив помощи людям [3]. При этом профессиональная компетентность врача нередко представляется ими как безусловное приложение, вытекающее из желания помогать людям при наличии стабильной работы в престижном месте. Если в дальнейшем профессиональная компетентность не становится основной ориентацией в профессии врача, ведущей к постоянному саморазвитию и самосовершенствованию в профессии, то это может приводить к развитию профессионального кризиса.

Профессиональная деятельность врача может осуществляться только в процессе общения с пациентом. Низкая профессиональная компетентность врачей в сфере эффективной коммуникации с пациентами приводят к непониманию ими эмоционального состояния пациента. Так, исследования показывают, что в представлениях и студентов, и врачей доминирует образ предпочитаемого пациента, не страдающего и переживающего, а оптимистично настроенного человека, что не соответствует действительности, так как реальный пациент - это всегда страдающий больной [10]. Отсутствие профессиональной психологической подготовки обуславливает наличие трудностей и конфликтов врача с больными и их родственниками, что вызывает разочарование в выбранной профессии и само по себе может приводить к эмоциональному выгоранию и профессиональному кризису.

5.3. Эмоциональное выгорание у врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники

Проблема эмоционального выгорания медицинских работников является одной из важных и сложных проблем в медицине, так как она касается психического и физического здоровья специалистов, призванных лечить других людей. При этом она становится не личной проблемой врача или медицинской сестры, а приобретает общественное звучание. Профессиональная деятельность врачей и медицинских сестер сопровождается повышенными нагрузками, вызванными спецификой их труда, высоким эмоциональным и нравственным напряжением, что способствует возникновению и развитию синдрома эмоционального выгорания. Отсутствие психологической подготовки врачей и медицинских сестер к взаимодействию с пациентами усугубляет проблему эмоционального выгорания. В настоящее время остро стоит задача формирования у врача и медицинской сестры психологической компетентности, которая является основой их готовности осознавать смысл своего труда и своей профессиональной позиции.

Проблема эмоционального выгорания особенно остро стоит у врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники, так как они по роду своей профессиональной деятельности постоянно общаются с тяжелобольными людьми, которые находятся в критическом состоянии не только с медицинской, но и с психологической точки зрения и, вследствие этого, испытывают сверхсильные негативные эмоции. При этом врачи-онкологи и медицинские сестры, ежедневно сталкиваясь с негативными эмоциональными переживаниями больных и их родственников, сами непроизвольно вовлекаются в переживания. Постоянное эмоциональное напряжение, невозможность справиться с профессиональным стрессом создают ряд серьезных проблем у медицинского персонала онкологических учреждений: появляется чувство эмоциональной усталости и

опустошенности, циничное отношение к работе, бесчувственность по отношению к пациентам. Указанное обстоятельство не может не отражаться на самочувствии (физическом и психологическом) врачей-онкологов и медицинских сестер, снижает эффективность их взаимодействия с больными и способствует формированию синдрома эмоционального выгорания.

Целью исследования явилось изучение особенностей синдрома эмоционального выгорания у врачей и медицинских сестер, работающих в онкологическом учреждении [8].

В исследовании приняли участие 147 врачей различных отделений НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и слушатели кафедры онкологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова. Из них 48,3% (71 человек) составили мужчины, женщин было 51,7% (76 человек). Все исследованные врачи по возрасту были разделены на три группы: 1 группа - до 40 лет (29,4%), 2 группа - от 41 до 60 лет (51%) и 3 группа от 61 года и старше (19,6%). По стажу работы распределение по четырем группам было следующим: 1 группа – до 10 лет (31,9%), 2 группа – от 11 до 20 лет (27,7%), 3 группа - от 21 до 30 лет (17%), 4 группа - от 31 года и больше (23,4%).

Также было исследовано 48 медицинских сестер, работающих на разных отделениях НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Все исследованные медсестры – женщины в возрасте от 21 до 79 лет, средний возраст – 42 года. Стаж работы: от 1 года до 35 лет, средний стаж работы – 17 лет.

В психологическом исследовании использовались разработанная нами анкета, которая была направлена на изучение профессиональной мотивации и некоторых особенностей личности врача и медицинской сестры, и психологические тесты: тест профессионального выгорания (ПВ) Водопьяновой Н.Е. (на основе модели К. Маслач и С. Джексон) [1] и методика диагностики уровня эмоционального выгорания (ЭВ) В.В. Бойко [4] (приложение 5).

Полученные результаты исследования были статистически обработаны с помощью корреляционного анализа. Эмоциональное выгорание

оценивалось по наличию достоверных различий между показателями теста ПВ и данных анкеты, а также теста ЭВ и данных анкеты.

Исследование ПВ у врачей-онкологов показало, что по всем трем субшкалам: эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция личных достижений показатели находятся на среднем уровне, что свидетельствует о среднем уровне профессионального выгорания врачей-онкологов. Результаты теста ЭВ показали, что в фазе напряжения в группе врачей-онкологов обнаружен складывающийся симптом переживание психотравмирующих обстоятельств, который проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности. В фазе резистенции имеются два складывающихся симптома: происходит расширение сферы экономии эмоций, которое проявляется вне профессиональной деятельности – дома, в общении с друзьями и знакомыми (на работе врач так устает от контактов, разговоров и ответов на вопросы, что ему не хочется общаться даже с близкими), и наблюдается редукция профессиональных обязанностей, которая проявляется в попытках облегчить или сократить обязанности, требующие эмоциональных затрат. Один симптом в фазе резистенции уже сложился – неадекватное избирательное эмоциональное реагирование - наблюдается в тех случаях, когда врач перестает улавливать разницу между двумя принципиально отличающимися явлениям: экономичным проявлением эмоций и неадекватным избирательным эмоциональным реагированием. Иначе говоря, врач неадекватно «экономит» на эмоциях, ограничивает эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на больных, эмоциональный контакт устанавливается не со всеми больными, а по принципу «хочу – не хочу» - неадекватным или избирательным образом. Таким образом, у врачей фаза резистенции находится в стадии формирования, что обозначает сопротивление эмоциональному воздействию работы: эмоциональному взаимодействию с больными.

Мужчины врачи-онкологи и женщины врачи-онкологи практически не различаются по степени эмоционального выгорания, что некоторым образом подтверждает высказываемую в литературе гипотезу о том, что профессия врача требует определенных качеств, которые нивелируют различия по полу.

Такие симптомы эмоционального выгорания как тревога и депрессия, а также психосоматические и психовегетативные нарушения проявляются в зависимости от возраста врача-онколога: чем старше врач, тем более выражены указанные симптомы эмоционального выгорания.

Была выявлена отрицательная корреляция между стажем и редукцией профессиональных обязанностей, которая показывает, что, чем больше стаж работы, тем врачи меньше сокращают обязанности, связанные с эмоциональными затратами. Иначе говоря, с увеличением стажа работы врач больше внимания уделяет эмоциональной стороне своей деятельности. В 1 и 2 группах складывается симптом переживание травмирующих обстоятельств, который проявляется усиливающимся осознанием психотравмирующих факторов профессиональной деятельности, в 3 группе этот симптом уже сложился ($p < 0,05$). Указанное обстоятельство свидетельствует о том, что при стаже работы от 21 до 30 лет (3 группа) увеличивается осознание психотравмирующих факторов, связанных с работой. Возникает предположение о возможной связи этого явления с тем, что, по данным корреляционного анализа, врачи 3 группы уделяют больше внимания эмоциональной стороне работы.

Доминирующими мотивами в выборе профессии врача-онколога были: желание лечить людей (помогать) – 44% и интерес к профессии – 30,3%. Доминирующей ценностью работы являлось: удовлетворение от выбранной профессии – 37,6% и значимость профессии для других (чувствует себя значимым, нужным) – 29,4%. Следует отметить, что финансовое обеспечение как ценность работы выбрали лишь – 7,3% врачей. В этой группе складывается симптом – неудовлетворенность собой, имеются значимые

различия с группой, выбравших в качестве доминирующей ценности удовлетворение от профессии ($p<0,05$).

На наш взгляд, общение врача-онколога с больным играет огромную, даже в определенном смысле, основополагающую роль в формировании и развитии у него синдрома эмоционального выгорания. У врачей, испытывающих трудности в общении с больными, складывается симптом редукции профессиональных обязанностей, а фаза деперсонализации у них в стадии формирования. Более половины исследованных врачей (57,3%) отметили, что у них существуют вопросы, которые им трудно обсуждать с больными. Как правило, это были вопросы, касающиеся смерти (например, о прогнозе заболевания, о неизлечимости болезни, «буду ли я жить?», «когда умру?»). У врачей, которым трудно говорить с больным на темы, касающиеся продолжительности жизни и смерти, складываются симптомы тревоги и депрессии и расширение сферы экономии эмоций. Имеются достоверные различия с теми, кто трудностей в общении не испытывает ($p<0,05$).

При исследовании профессионального стресса выяснилось, что только 8,3% врачей не испытывают напряжения на работе, физическую усталость чувствуют 9,2% врачей, эмоциональную – 59,6% и для них характерен средний уровень эмоционального истощения. В то время как высокий уровень выгорания свойственен врачам, которые испытывают и физическую, и эмоциональную усталость. Таких врачей-онкологов, согласно нашему исследованию, 22% от всех исследованных.

Для врачей, которые не удовлетворены жизнью в целом, характерны складывающиеся симптомы неудовлетворенность собой и деперсонализация. Имеются значимые различия с врачами, кто, в целом, жизнью удовлетворен ($p<0,05$).

Необходимо выделить группу врачей, считающих, что болезнь – это наказание. У них высокий уровень выгорания по ПВ по субшкале деперсонализация. Эта группа достоверно отличается от других групп, у которых средний уровень выгорания ($p<0,05$).

Исследование эмоционального выгорания у 48 медицинских сестер онкологической клиники, показало, что для них характерен синдром эмоционального выгорания в различных стадиях своего развития.

По результатам теста ПВ у 44% медсестер наблюдалась средняя выраженность эмоционального истощения, а у 10% медсестер – высокий уровень эмоционального истощения. Средний уровень деперсонализации имеют 44% медсестер, в то время как 19 % - высокий уровень. Указанное обстоятельство свидетельствует о том, что почти пятая часть медицинских сестер не чувствительна к эмоциональному состоянию и переживаниям онкологического больного, они лишь формально выполняют свои обязанности. Кроме того, у 75% медицинских сестер наблюдается неадекватное избирательное эмоциональное реагирование: они ограничивают эмоциональную отдачу за счет выборочного реагирования на больных, эмоциональный контакт устанавливается не со всеми больными, а по принципу «хочу – не хочу» - неадекватным или избирательным образом. Ограничения эмоциональной отдачи могут возникать не только на работе, но и дома, что может создавать проблемы в личной жизни медсестры. При этом у 38% медсестер высокий уровень редукции личных достижений, а у 38% - средний. Иначе говоря, у медицинских сестер онкологической клиники снижается ценность себя как специалиста, возникают чувства некомпетентности и неуспеха в своей деятельности, утрачивается смысл и желания вкладывать личные усилия в работу. Для медицинских сестер характерно также и то, что они отрицают симптомы выгорания.

При исследовании эмоционального выгорания медсестер, работающих на разных отделениях онкологической клиники, следует отметить, что большинство медсестер, у которых было выявлено эмоциональное выгорание на фазе резистенции - избирательное эмоциональное реагирование, ограничение эмоциональной отдачи и отрицание симптомов выгорания - работают на терапевтических

отделениях (поликлиника, отделение радиологии и др.). У медсестер, работающих на хирургических отделениях, преобладают фазы истощения и деперсонализации. Следует отметить, что симптом неудовлетворенности собой преобладает у медсестер на хирургических отделениях.

С увеличением возраста у медицинских сестер наблюдалось возрастание редуции профессиональных обязанностей и напряжения, что свидетельствует о том, что с увеличением возраста растет и выраженность симптомов выгорания.

С увеличением стажа работы медсестры возрастала выраженность таких симптомов выгорания как тревога и депрессия, эмоциональная отстраненность и редуция личностных достижений.

На возникновение эмоционального выгорания медсестры влияло ее желание работать в области медицины в начале профессиональной карьеры. Те, кто выбрал профессию медсестры вследствие обстоятельств, или по настоянию родителей, или еще по каким-либо причинам, в большей степени были подвержены влиянию стресса и появлению симптомов выгорания в дальнейшей работе, чем те, кто пришел в профессию по собственному желанию.

Также было выявлено, что отношение медсестры к своей профессиональной деятельности связано с наличием у нее эмоционального выгорания. Если работа, в целом, медсестре приносит удовлетворение, и помощь больному не вызывает у нее сопротивления, то риск выгорания у нее ниже.

По данным анкеты было обнаружено, что риск эмоционального выгорания выше, если медсестра не осознает личностных трудностей, связанных с ее работой в онкологической клинике и постоянным общением с тяжелобольными людьми. У медсестер это может быть связано с недостаточным уровнем осознанности своей жизни и анализом собственного состояния в целом, которое способствует развитию эмоционального выгорания.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

- Синдром эмоционального выгорания в различных стадиях своего развития встречается и у врачей-онкологов, и у медицинских сестер, работающих в онкологическом учреждении, что опосредованно негативно сказывается на качестве жизни и больных, и сотрудников.
- Наиболее характерной фазой в структуре синдрома выгорания у врачей и медицинских сестер онкологической клиники является фаза резистенции: у врачей она находится в стадии формирования, а у 48% медсестер она является сформированной. Фаза резистенции заключается в появлении сопротивления и отрицания симптомов выгорания, а также в «экономии» эмоций и ограничении эмоциональной отдачи, которые могут возникать не только на работе, но и дома.
- С помощью корреляционного анализа выявлена прямая взаимосвязь возраста врачей с такими симптомами эмоционального выгорания как тревога и депрессия и психосоматические и психовегетативные нарушения; у медсестер обнаружена прямая взаимосвязь с фазами напряжения и редукцией личных достижений.
- При стаже работы от 21 до 30 лет у врачей увеличивается осознание психотравмирующих факторов, вызванных работой, которое связано со снижением редукции профессиональных обязанностей.
- Для врачей, у которых есть трудности в общении с больными, складываются симптомы эмоционального выгорания: редукция профессиональных обязанностей, тревога и депрессия, расширение сферы экономии эмоций, а также формируется фаза деперсонализации.
- Для 22% врачей, испытывающих физическую и эмоциональную усталость на работе, характерен высокий уровень эмоционального истощения, свидетельствующий о высоком уровне эмоционального выгорания.

Литература:

1. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. - СПб.: Питер. - 2009. – 336 с.
2. Елфимова Е.В., Елфимов М.А. Личность и болезнь: «внутренняя картина болезни», качество жизни и приверженность // Заместитель главного врача. – 2009. – № 11. – С. 18 –25.
3. Микиртичан Г.Л., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Ольховский К.А., Кошелева А.Н. О формировании профессионального самоопределения будущих врачей // Педиатр. – 2014. – Вып. 2. - Т. 5. – С. 95 – 101.
4. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. / Учебное пособие. – ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом: «БАХРАХ-М». – 2004.- 672 с.
5. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н.Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. - 175 с.
6. Холланд Дж., Ватсон М. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психоонкологии (IPOS): интеграция психосоциального аспекта в ежедневный уход // Сб. статей и материалов Международной школы психосоциальной онкологии «Психосоциальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». – 2013 - С. 8-14.
7. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Клинико-психологические аспекты в онкологии // Вестник СПб университета. - Сер. 12. - Вып.1. – С. 91 – 100.
8. Чулкова В.А., Комяков И.П., Карелов А.Е., Демин Е.В., Донских Р.В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники / Учебное пособие для врачей-онкологов - СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И.Мечникова. -2012.– 30 с.
9. Чулкова В.А. Информирование онкологического больного / Учебное пособие. - СПб.: «Ладога». - Издание 2-е, дополненное. – 2013. – 68 с.
10. Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Комяков И.П., Демин Е.В, Карелов А.Е. Профессиональная позиция врача-онколога / Учебное пособие для врачей-онкологов - СПб.: Изд-во ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова. -2014. – 28 с.
11. Cumming, K.M. Interuption strategies to improve compliance wish medical regimens by ambulatory hemodialysis patients / K.M. Cumming, M.H. Beshher // Journal of behavioral medicine. – 1991. – Vol. 4, № 1. – P. 111–119.
12. Thome S.E., Bultz B.D., Baile W.F. Is There a Cost to Poor Communication in Cancer Care?: A Critical Review of the Literature // Psycho-Oncology: special issue: Patient - Professional Communication.- 2005. – Vol. 14, № 10. – P. 875-884.

ГЛАВА 6

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

6.1. Этические вопросы при проведении психологических исследований в онкологии

Чулкова В.А.

В настоящее время проводятся многочисленные психологические исследования онкологических больных. Эти исследования расширяют представления о психическом состоянии и личностных особенностях онкологических больных взрослых и детей на разных этапах заболевания и лечения при различных локализациях опухолей. При этом изучаются отношение пациентов к болезни, психологические защиты и копинг-стратегии, используемые больными в приспособлении к ситуации заболевания, и другие психологические проблемы в онкологии. Психологические исследования являются основой для психологической помощи, в которой нуждаются онкологические больные, а также результаты исследований используются в образовательных программах для врачей-онкологов, медицинских психологов, медицинских сестер.

Вместе с тем, необходимо учитывать, что при проведении психологического исследования медицинский психолог внедряется во внутренний мир пациента, и это само по себе может порождать у больного массу негативных переживаний.

Признавая значение психологических исследований в онкологии, следует обращать внимание на этическую сторону их проведения:

- Психологические исследования в онкологии не должны проводиться ради исследования, ради получения результатов. В них всегда должна быть научная обоснованность, которая в последующем может принести практическую пользу для больных.
- Исследование должно проводиться в определенных условиях, главное из которых - психологическая безопасность для пациента.

- Больной должен быть информирован о цели исследования и о том, что конкретно будет исследоваться.
- Больной должен дать добровольное согласие на участие в психологическом исследовании.
- Необходимо соблюдать принцип конфиденциальности: результаты исследования конкретного пациента не должны подлежать огласке без его разрешения. Информация о пациенте, полученная в результате исследования и приводимая в качестве примера в научных статьях и т.д., не должна содержать личных данных.
- Больной имеет право на получение информации о результатах исследования в доступной и понятной ему форме.
- При проведении исследования и интерпретации результатов необходимо соблюдать уважение к пациенту.

6.2. Психологическое исследование больных раком желудочно-кишечного тракта (по материалам работы Шиповникова Н.Б.) [2]

Пестерева Е.В.

До сих пор, к сожалению, у большинства больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции и других агрессивных методов лечения, что приводит к функциональным нарушениям и эмоциональным расстройствам. Приспособление к новым сторонам измененного функционирования (вынужденная резкая смена привычных особенностей питания, строгая диета, необходимость тщательно следить за физиологическими отправлениями) сопровождается глубокими переживаниями больного, страхом утраты ценности своего «Я» в глазах других, включая членов семьи. Все это позволяет считать изучение

личностных особенностей пациентов с данной патологией чрезвычайно актуальным вопросом.

Было обследовано 250 больных (средний возраст $57\pm 1,2$) находившихся на лечении на отделении опухолей желудочно-кишечного тракта НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, из них 67 больных раком желудка и 183 больных раком прямой кишки. Исследование больных проходило при поступлении в онкологический стационар, перед хирургическим вмешательством и при выписке с отделения.

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациентов и определялась степень психологической компенсации больного, которая означала оценку уровня его психологической приспособленности к заболеванию за счет психологических ресурсов личности (приложение 4).

Экспериментально-психологический метод включал тест на изучение тревожности больного (ситуативная и личностная тревога) Спилбергера-Ханина [4] и Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП), определяющий личностный профиль по десяти базовым шкалам, позволяющим судить о характеристике личности больного и оценить его состояние [1, 3] (приложение 5).

Клинико-психологическая беседа показала, что большинство пациентов, страдающих раком желудка и прямой кишки, отмечали, что диагностический этап для них являлся, хотя и кратковременным, но *«самым тяжелым периодом»*. Первоначальная реакция при сообщении о диагнозе и необходимости хирургического вмешательства в виде тревоги преобладала у 56,4% больных, причем более выраженной она была у больных раком желудка. Акцентирование внимания на социально-бытовых последствиях болезни у пациентов, страдающих раком желудка, из-за перестройки режима питания, отмечалось у 23,9% больных. Наибольшее беспокойство больных раком прямой кишки было связано со страхом за исход операции – 47,6%, у них же отмечался самый большой процент страха смерти – 4,8%.

Если у больных раком желудка часто в период, предшествующий началу развития онкологического процесса, наблюдается дискомфорт, различные недомогания, связанные с пищеварением, то больные раком прямой кишки, как правило, характеризуются нормальным самочувствием с умеренными жалобами. В этой связи больные раком желудка в психологическом смысле более подготовлены к заболеванию, в то время как пациенты, страдающие раком прямой кишки, неожиданно сталкиваются с необходимостью подвергнуться операции и последующему химиолучевому лечению. Можно говорить о внезапности, остром начале заболевания у больных раком прямой кишки. Результаты клинико-психологической беседы с больными раком прямой кишки показали, что чем лучше было самочувствие у пациента перед помещением в стационар, тем труднее он проходил период адаптации, в начале к принятию необходимости брюшно-промежуточной экстирпации, а в послеоперационном периоде - к существованию с искусственным анусом.

Обнаружено, что 67,2% обследованных больных, несмотря на явные признаки начала болезненного процесса, в интервале от 2-3 месяцев до 1 года к врачу не обращались. На первом месте среди причин задержек обращения к врачу стоял страх *«узнать худшее»*, что составило 30% всей выборки. Далее по степени значимости следовали следующие доводы: незначительность симптоматики – 21,6% (*«не обратил внимание, хотя заметил; не придал значение – думал пустяк, ерунда»*), пренебрежение к своему здоровью – 17,2% больных.

На диагностическом этапе 39,6% всех больных были уверены в «доброкачественности» опухоли. Изучение отношения к диагнозу на последующих этапах лечения показало, что 28,8% больных стойко верили в доброкачественность опухоли. При этом максимальное отрицание болезни установлено у больных раком желудка (38,8%). Не отрицали, а игнорировали серьезность заболевания 16,4% всех больных. Больныеданной подгруппы не считали болезнь особенно серьезной, игнорировали явные свидетельства

истинного характера патологии – лучевого лечения и курсов химиотерапии. Частично признавали злокачественный характер болезни 26,8% больных: им была свойственна дистанцированность от реальной ситуации, они нередко демонстрировали собственную версию заболевания. Неопределенная установка в отношении заболевания обнаружена у 23,3% больных: с одной стороны, они выражали нежелание получать медицинскую информацию, но при этом хотели бы узнать «свою гистологию», результаты лабораторных исследований неформальным путем, с другой стороны – они боялись своих худших опасений. Всего 4,8% всех пациентов имело реалистичное отношение к диагнозу: они признавали злокачественный характер своего заболевания.

Клинико-психологическая беседа показала, что 48,8% больных появление онкологического заболевания у себя ни с чем не связывали. Другие же в качестве причины заболевания чаще всего называли себя – 17,2%, неблагоприятные жизненные условия и обстоятельства – 13,2%, социальное окружение, т.е. других лиц – 10,8%.

Выяснялся вопрос о стрессовых, драматических событиях в течение 2-3 лет, предшествовавших появлению болезненной симптоматики. Максимальный показатель дистрессовых событий установлен у больных раком желудка – 32,8%, по сравнению с раком прямой кишки – 13,7%.

Доброжелательное отношение в процессе клинико-психологической беседы преобладало у 46,4% больных, еще 8,0% больных выражали желание продолжить общение с психологом. Наибольший процент доброжелательного отношения оказался у больных раком прямой кишки с низведением – 56,4%. Скрытое отрицательное отношение, иногда с подозрительностью и недоверием, отмечалось у 22,4% больных раком желудка и у 19% больных раком прямой кишки с низведением. В целом, для больных раком желудка оказались характерны конфликтность, проявления нейтрального тона, дистантное поведение ($p < 0,05$). Больные с отрицательным отношением к клинико-психологической беседе нередко считали психологические темы как

«не имеющие отношения к делу». Даже в общении с врачом, в том числе в период предоперационной подготовки, им было свойственно маскировать психологические проблемы жалобами соматического порядка: больной говорил лишь о соматических проявлениях болезни, при этом не затрагивалась сфера переживаний, эмоций, речь была монотонной, мало интонированной. Порой только в процессе длительной углубленной беседы больной с трудом констатировал психологический подтекст своих жалоб и сомнений. Неспособность больного озвучить свои переживания в связи с заболеванием и лечением способствовала увеличению его психоэмоционального напряжения, а также ухудшила координацию совместных усилий врача и пациента в лечебном процессе. Вместе с тем, соучастие больного в лечебном процессе, отсутствие отрицательных компонентов психологического контакта с врачом, напряженных отношений, позволяют заложить основы психологической устойчивости, уравновешенности, психологической компенсации.

Анализ обращений лечащих врачей к психологу с целью оказания профессиональной психологической помощи больным, страдающим злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, показал, что наиболее частым основанием для обращения явилась - тревожная реакция пациента на хирургическое вмешательство вплоть до отказа от операции. Исследование показало, что больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, склонных к отказу от операции, отличала своеобразная ориентированность во время диагностического периода, проявляющаяся в тревожном ожидании, что *«все выяснится, окажется ошибкой»*. Первоначально психологическая реакция отказа сопровождалась выраженными аффективными компонентами – невозможностью контролировать эмоции, хаотическим поведением. Через некоторое время интенсивность этих проявлений уменьшалась, но перестройки в отношении принятия факта заболевания и необходимости подвергнуться операции не наступало, а, напротив, усиливалось желание

бегства от ситуации, стремление оставить все, как есть, и даже досада на себя за обращение к онкологу. С этого момента начинался поиск наиболее подходящего мотива, с точки зрения больного, оправдывающего потенциально запрограммированный отказ. Больные называли следующие причины отказа от операции: убеждение в неизлечимости рака (*«а значит и лечиться незачем»*) и предопределенности исхода (*«конец для всех один, смерть наступит, если и оперироваться»*); калечащий характер операции; наличие еще до болезни «онкологической настороженности» в результате психотравмирующего опыта общения с родственниками, умершими от онкологического заболевания; причины объективного плана (отпуск, командировка и т.п.).

Психологический настрой на хирургическое вмешательство определялся по трем условным градациям: положительный, вынужденный, неустойчивый. Наивысший положительный настрой отмечался у больных раком прямой кишки, которым предстояла операция с последующим низведением. У 46,7% больных раком прямой кишки с колостомой отмечалось вынужденное отношение к операции, что объясняется травмирующим воздействием предполагаемого после операции дефекта в виде противоестественного заднего прохода.

Эмоциональное эмпатическое отношение со стороны членов семьи отмечали 55,2% всех больных. Формальный характер взаимоотношений в семье в наибольшей степени был типичен для больных раком желудка – 38,8%; негативные отношения наблюдались у 8,6% больных раком прямой кишки с колостомой, они были обусловлены психологическим барьером перед функциональным дефектом.

Психологическое приспособление к болезни и ее последствиям нельзя было считать законченным к моменту выписки больного из стационара. Спектр трудностей социально-психологического плана пронизывал все существование больного, особенно в течение первых 3-6 месяцев до года, содержанием которых являлось: снижение интереса к жизни, реакция ухода

в болезнь, трудности отношений в семье, в трудовом коллективе, реакция на возникновение рецидива заболевания. Больные жаловались на боли, в большей степени психалгий, на плохой сон, аппетит, снижение тонуса, неспособность сосредоточиться, ослабленность памяти, быструю утомляемость. При выраженном характере данных жалоб у 16% больных их можно было расценивать как манифестацию тревожно-депрессивного состояния. Эмоциональные нарушения у 73% больных выражались в форме неустойчивого и сниженного настроения, тревожности, страхов. Часто эмоциональные нарушения являлись следствием конфликтности значимых отношений больных. Такие жалобы пациентов, как страх перед транспортом, выхода из дома без сопровождающих лиц и появления на людях, имели явный психологический подтекст боязни не справиться с собой, «сорваться» на людях. Эти проявления страха могли закрепиться в качестве таких психопатологических нарушений, как чувство неполноценности, ощущение покинутости и изолированности. Значительная выраженность описанных отклонений отмечена у 28% больных.

На момент выписки больного из стационара на основании клинико-психологического исследования (с учетом мнения лечащего врача) определялось его итоговое состояние – степень психологической компенсации, которая означала оценку уровня психологической приспособленности пациента к заболеванию и последствиям его лечения за счет психологических ресурсов личности. Наиболее важным различием между больными по уровню психологической компенсации являлась успешность выработки тех или иных компенсаторных механизмов, реализация способности к переработке стрессовой информации о болезни, отраженная как в эмоционально-психической устойчивости, так и в поведении пациента. Распределение больных со злокачественным поражением желудочно-кишечного тракта было следующим: компенсированных больных – 25,6% (64 чел.), частично компенсированных – 38,0% (95 чел.), декомпенсированных – 36,4% (91 чел.). Группа больных

раком прямой кишки с колостомой имела наиболее высокий процент декомпенсированных больных – 38,4% и самый низкий – среди компенсированных – 19%, что отражает значительные трудности приспособления этих больных.

В группе декомпенсированных больных задержка обращения к врачу после появления первых болезненных симптомов наблюдалась в 73,6%, тогда как при удовлетворительном уровне психологической компенсации – у 46,9% больных ($p < 0,001$). Среди мотивов отсрочки обращения к врачу наибольшее различие прослеживается по фактору «страхи и опасения», в том числе наличие страха перед болезнями в прошлом ($< 0,001$). Люди, испытывавшие выраженные опасения перед серьезными болезнями в анамнестическом периоде, реагировали на известие у них онкологического заболевания более интенсивной реакцией.

Обнаружено, что у 73,6% больных декомпенсированной группы максимально выражен негативизм по отношению к психологическому обследованию, что значительно превышает аналогичный показатель компенсированных пациентов – 15,7% ($p < 0,001$), позволяя судить о качественном различии в психологическом контакте этих двух групп. Группа с неудовлетворительным уровнем психологической компенсации характеризовалась также наибольшими показателями тревожного и депрессивного настроения (27,5% и 57,1% соотв., $p < 0,001$).

Обнаружена взаимосвязь между уровнем психологической компенсации пациента и его отношением к лечебным процедурам: по мере снижения уровня психологической компенсации вынужденный настрой меняется от 12,5% до 45,1%, а выраженность неустойчивого отношения – от 6,3% до 52,7% у декомпенсированных больных ($p < 0,001$).

Рассмотрение установки на психологическую поддержку показало, что все больные с успешной компенсацией ее имели, в то время как в группе декомпенсированных в 47,2% случаях такая установка отсутствовала, что значительно ослабляет потенциал психологических ресурсов. Семейные

отношения компенсированных больных определяла эмоциональная поддержка – сочувствие, ободрение и участие – 75%, в группе декомпенсированных она была выражена только у 31,9% ($p < 0,001$). Процент ухудшения семейного климата был значимо выше в группе больных с неудовлетворительной психологической компенсацией ($p < 0,001$).

Изменение собственного характера с начала заболевания пациенты оценивали следующим образом: 72,4% больных указывали на неизменность черт характера, у 12,8% - характер ухудшался. Самые высокие показатели динамики черт характера имела группа больных раком желудка – улучшился у 19,4% и ухудшился у 20,9%. Отмечена тенденция уменьшения числа позитивных ответов и увеличения процента негативных по мере ухудшения психологической компенсации ($p < 0,001$). Так, в ответах пациентов, указавших на улучшение характера, следовало пояснение, что второстепенное в жизни потеряло смысл, сами они яснее стали все видеть, дорожить временем, жизнью. При констатации отрицательных изменений характера пациенты указывали, что «жизнь для них остановилась, потеряла всякий смысл, состояние такое, что уже ничего не хочется». Иногда прямо заявляли, что они «стали гораздо хуже, чем раньше».

В экспериментально-психологическом исследовании принимало участие 174 больных (средний возраст $57 \pm 1,2$) раком желудка и раком прямой кишки. Все пациенты подвергались хирургическому вмешательству: больные раком желудка - экстирпация и субтотальная резекция (38 чел.), больные раком прямой кишки - операция с низведением (сфинктеросохраняющая) (62 чел.) и операция с наложением колостомы (74 чел.). По степени психологической компенсации больные разделялись на три группы. Компенсированная группа включала 49 пациентов, из них 12 больных раком желудка, 18 больных раком прямой кишки с низведением и 19 больных раком прямой кишки с колостомой. Частично компенсированная группа пациентов включала 63 пациента, из них 13 больных раком желудка, 22 больных раком прямой кишки с низведением и 28 больных раком прямой

кишки с колостомой. Декомпенсированная группа включала 62 пациента, из них 13 больных раком желудка, 22 больных раком прямой кишки с низведением и 27 больных раком прямой кишки с колостомой.

Оценка состояния тревожности (методика Спилбергера-Ханина) выявила, что показатели личностной тревожности больных на различных этапах обследования находятся в зоне умеренной тревоги (ниже 45 баллов). Исключение составили больные раком прямой кишки с колостомой, имеющие в среднем высокую тревогу.

Динамика ситуативной тревоги на различных этапах заболевания изменялась следующим образом: на этапе поступления у всех больных наблюдалась высокая тревога (48,9 балла), этот показатель имел тенденцию к увеличению на этапе перед операцией ($p < 0,001$). К выписке больных из стационара показатели тревоги снижались и тревога из раздела высокой переходила в к умеренной ($p < 0,001$), кроме больных раком прямой кишки с колостомой, где она являлась высокой (более 45,1 балла).

Выявлена взаимосвязь показателей тревоги и степени психологической компенсации больного. Так, декомпенсированные больные уже при поступлении имели высокий уровень личностной и ситуативной тревоги (48,1 балл и 52,8 балла, соотв.), который сохранялся на этом уровне и при выписке, в отличие от группы компенсированных больных, где показатель являлся высоким только перед операцией (47,8 балла, $p < 0,001$). Наиболее интенсивную тревогу, затрагивающую личность в целом, испытывали больные раком прямой кишки с колостомой декомпенсированной группы ($p < 0,001$). Таким образом, интенсивность тревожной реакции больного зависит от этапа лечения и успешности психологической компенсации.

Корреляционный анализ показал взаимосвязь уровня тревоги и качество контакта с больным: увеличение тревоги влияет на доверительность, потерю эмоциональных контактов, вплоть до отгороженности ($K = -0,26$).

Исследование с помощью личностного профиля больных (ММРІ) указало на отсутствие специфического личностного паттерна больных как

при раке желудка, так и при раке прямой кишки. Показатели всех шкал личностного опросника соответствовали нормативным, кроме шкалы депрессии (Д) или склонности к пониженному настроению ($71,2 \pm 0,7$). Следующим по величине являлся показатель шкалы ипохондрических проявлений (Hs) /невротического сверхконтроля ($65,0 \pm 0,7$). Доминирование данных шкал характерно для больных общесоматической клиники – с пониженным настроением, жалобами на здоровье в связи с недомоганием. Интерпретация соотношений всех шкал профиля свидетельствовала, что для больных, страдающих злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта, характерна тенденция к избеганию откровенности, пассивно-созерцательная позиция, избегание неуспеха, осторожность и нерешительность в личностно-значимых ситуациях, чувствительность к внешним воздействиям, интрапунятивность, ориентировка на отдаленные цели и избегание конфликта; аналитический, инертный тип мышления, возможный тип дезадаптации – депрессивный, сопровождаемый невротизацией.

Изучение взаимосвязи показателей шкал личностного опросника и степени психологической компенсации больного обнаружило, что показатели по шкалам истерии, депрессии, ипохондрии, психоастении и шизофрении повышаются ($p < 0,001$) по мере снижения психологической компенсации.

Таким образом, на успешность психологической компенсации влияет такой симптомокомплекс, который находит свое выражение в показателях шкал «невротического сверхконтроля» (ипохондрии), сниженного настроения (депрессии), фиксации тревоги и ограничительного поведения (психоастении), а также вытеснения факторов, вызывающих тревогу (истерии), и аутизации (шизофрении). Треть больных раком желудка и прямой кишки на момент выписки из стационара после прохождения лечения оказываются в психологически декомпенсированном состоянии и нуждаются в профессиональной психологической помощи.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Гильяшева И.Н., Левина Т.Л., Тонконогий И.М. Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММРІ / Методические рекомендации. – Л.- 1974. – 33 с.
2. Колосов А.Е., Шиповников Н.Б. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». – Киров. - 1994. - 136 с.
3. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. – М.: НИИ психиатрии. - 1971. – 62 с.
4. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилберга. – Л. - 1976. – 16 с.

6.3. Психологическое исследование больных раком молочной железы

Чулкова В.А.

Рак молочной железы (РМЖ) – социально значимое заболевание, по-прежнему лидирующее в структуре заболеваемости и смертности во всем мире. Несмотря на прогресс в лекарственном лечении РМЖ, основным методом лечения по-прежнему остается хирургическое лечение. Поэтому для заболевшей женщины диагнозрака молочной железы несет в себе угрозу психической травмы. Это обусловлено не только страхом перед болезнью, возникновением угрозы жизни, крушением жизненных планов, но и необходимостью подвергнуться калечащей операции. Нередко происходит смещение акцента: боязнь утраты женственности и изменения отношений с другими людьми приобретают для больных первостепенное значение [8]. Вследствие этого, РМЖ сопровождается чрезмерным эмоциональным напряжением пациенток, приводящим к различным психологическим и нервно-психическим расстройствам. Нарушается социально-психологическая адаптация заболевшей женщины и, как следствие, отмечается частая невротизация больных РМЖ. При увеличивающейся в настоящее время продолжительности жизни больных РМЖ отсутствие психологической помощи снижает качество их жизни, препятствует достижению более полного эффекта лечения. Возникает своеобразный парадокс: с одной

стороны, огромные материальные затраты и усилия врачей-онкологов направлены на излечение больной, а с другой стороны, недооценка личности самой пациентки и ее отношения к заболеванию и лечению приводит к тому, что сверхстресс, вызванный заболеванием, становится непреодолимым.

Для выявления личностных особенностей больных РМЖ и установление их связи с уровнем и особенностями психологической компенсации было исследовано 183 больных, первично поступивших в отделение опухолей молочной железы НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова [9]. Возраст больных - от 26 до 74 лет (средний возраст – $50,3 \pm 0,8$ лет) У 53,0 % больных в процессе лечения были выявлены метастазы. 94,5 % больных подверглись различным видам операций на молочных железах, лучевое лечение было проведено 66,7 % больных, химиотерапия применялась у 82,0 % больных, гормональное лечение получали 20,2 % больных.

Исследование проводилось в динамике в соответствии с процессом диагностики и лечения: при поступлении в отделение, перед операцией, после операции и перед выпиской.

Были использованы клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования. Клинико-психологический метод представлял собой неформализованное интервью по вопросам, которые были объединены в пять основных тем: обнаружение заболевания, отношение к болезни и ее причины, по мнению больной, отношение к лечению (включая отношение к операции), социальные вопросы, отношение к будущему (приложение 4). При экспериментально-психологическом методе исследования использовались следующие психологические методики: Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП) [1, 2, 5], методика исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга [6], тип отношения к болезни (ТОБ) [3], шкала личностной и ситуативной тревожности Спилбергера в модификации Ханина [7], методика самооценки Дембо-Рубинштейн [4] (приложение 5).

Клинико-психологическое исследование позволило изучить личностную реакцию больных РМЖ на заболевание. Более половины больных имели опыт переживаний по поводу РМЖ, связанный с заболеванием других людей. Этот опыт переживаний (негативный или позитивный) влиял на сформированное еще до болезни представление о перспективах больных РМЖ, которое основывалось на информации, полученной из самых разных источников. Только 7,1 % больных знали, что от РМЖ можно излечиться, представление же большинства – 58,5% - в отношении перспектив больных РМЖ было неопределенным.

Причиной обращения к врачу являлся страх перед онкологическим заболеванием, который испытали 81,4% больных. Однако сильное чувство страха препятствовало 14,2% больным обратиться за медицинской помощью сразу после обнаружения симптомов заболевания: они обратились к врачам спустя 6 и более месяцев. После первичного посещения онколога сильные негативные чувства разной степени выраженности от страха и отчаяния до тревоги и беспокойства возникли у 86,3% пациенток.

Причиной болезни для 26,8% пациенток явилось, по их мнению, чрезмерное нервное напряжение в течение жизни, для 21,3% больных - физическая травма, для других - наследственность, гормональные нарушения, утрата близкого человека, но 27,3% пациенток не могли предположить, что явилось причиной болезни.

Считали, что их болезнь злокачественная 16,9 % больных, для большей части больных – 44,3% - характерно частичное признание злокачественного характера заболевания, 14,2% больных отрицали наличие у них рака, а у 24,6% было неопределенное отношение к диагнозу. При этом 73,2% пациенток не спрашивали врачей о своем заболевании, так как боялись услышать что-либо неприятное («о заболевании не хочу ни говорить, ни думать»; спрашивать врача – только расстраиваться»; «про болезнь лучше не говорить: страшно становится»).

Доверие к врачу и положительное отношение к выбранному методу лечения демонстрировали 44,8 % пациенток, а 10,9 % - были пассивны, безучастны, негативно относились ко всем методам лечения, неустойчивое отношение к лечению, характеризующееся амбивалентностью настроения и поведения, было свойственно 44,3 % больных. По отношению к операции (мастэктомии) больные разделись на три группы: 55,8 % пациенток принимали ее необходимость и именно с ней они связывали свое выздоровление; в то время как у 11 % больных необходимость операции вызвала бурный протест: некоторые отказывались от нее, другие негативно относились к операции после ее проведения; 32,2 % пациенток не могли примириться с необходимостью операции и соглашались на нее только под давлением обстоятельств. При этом страх перед последствиями калечащей операцией испытывали, за небольшим исключением, практически все больные.

Основной мотив – стремление к выздоровлению - приобретал у пациенток ценность в связи с постановкой конкретных жизненных целей. Наиболее ярко это проявлялось у женщин, которые имели маленьких или несовершеннолетних детей. Активное желание приспособиться к новой жизненной ситуации, учитывая заболевание и его последствия, в том числе возможные трудности в семье и на работе, характерно для 30,1 % больных. Считали, что из-за болезни их жизнь утратила смысл, 12,5% больных. Для 57,4 % больных будущее представлялось как масса неразрешимых проблем.

Анализ результатов клинико-психологического исследования больных РМЖ показал, что, несмотря на, казалось бы, одинаковую психическую травму, которой является заболевание РМЖ, больные имели разную степень психологической компенсации, которая нами определялась как система психологических приемов, помогающих личности приспособиться к сверхстрессу, обусловленному онкологическим заболеванием. В основу дефиниции психологической компенсации были положены шесть видов личностных отношений больной: отношение к диагнозу, отношение к

лечению, отношение к операции, отношение к излечимости заболевания, отношения с близкими, отношение к будущему.

Были разработаны критерии и выделены три группы РМЖ с различной степенью психологической компенсации:

- I группа – компенсированные больные – 31,2%,
- II группа – частично компенсированные – 50,8% (разделенную затем еще на две подгруппы: частично компенсированные II- А – 25,7% и II- Б – 25,1%),
- III группа - декомпенсированные больные - 18,0%.

Была выявлена взаимосвязь между уровнем психологической компенсации и особенностями личностного реагирования на заболевание и лечение РМЖ. Так, компенсированные больные (I группа) достоверно чаще ($p < 0,05$), чем больные других групп считали, что вовремя оказанная медицинская помощь будет способствовать излечению болезни; эмоциональные реакции при обнаружении заболевания и в процессе лечения были выражены в большей степени у менее компенсированных (II-Б и III группы) больных, чем у более компенсированных (I и II-А группы) больных ($p < 0,05$); менее компенсированные больные чаще других считали причиной заболевания нервное напряжение в течение жизни ($p < 0,05$); представление о болезни у компенсированных больных (I группа) и частично компенсированных (II-А группа) было более отчетливым, чем у частично компенсированных (II-Б группа) и декомпенсированных (III группа) больных ($p < 0,05$); менее компенсированным (II-Б и III группы) больным было труднее сообщить о своем заболевании другим людям ($p < 0,05$); более компенсированные (I и II-А группы) больные чаще выражали уверенность в своей необходимости и в семье, и на работе ($p < 0,05$).

Анализ полученных с помощью ММРІ данных выявил, что доминирующей тенденцией, характерной для больных РМЖ, является не депрессия, а тревога, сопровождаемая депрессивным компонентом. Удалось выделить четыре варианта профилей, отражающих личностные тенденции

больных РМЖ. Название каждому варианту было определено, исходя из доминирующих шкалы или шкал в коде профиля: депрессивные (D), аффективно-ригидные (Pa на одном из первых трех мест), дезадаптивные (Sc, Pt, D, Pd) и истерические тенденции (Hy). При исследовании частоты проявления различных личностных тенденций в зависимости от степени психологической компенсации выявилась следующая закономерность: с уменьшением степени психологической компенсации изменяется частота аффективно-ригидных тенденций: наибольшая частота в I группе ($41,7\% \pm 7,1\%$), затем она непрерывно уменьшается и становится наименьшей в III группе ($21,8\% \pm 7,3\%$). Частота дезадаптивных тенденций имеет противоположную зависимость со степенью психологической компенсации: в I группе – $8,3\% \pm 4,0\%$ - она наименьшая, непрерывно возрастая, эта тенденция становится наибольшей в III группе – $34,4\% \pm 8,4\%$. Для депрессивных и истерических тенденций не выявлено закономерного статистически значимого изменения их частоты от степени психологической компенсации. Большая величина индекса тревоги была обнаружена в группе больных с меньшей психологической компенсацией ($p < 0,05$).

По данным методики Розенцвейга, обнаружена взаимосвязь между степенью психологической компенсации и типом реагирования на фрустрацию. В то же время такой взаимосвязи с направленностью фрустрационных реакций не установлено. При анализе типа реагирования было определено, что для групп с большей психологической компенсацией (I и II-A группы) характерна большая частота упорствующего типа (N-P) реагирования и в то же время меньшая частота препятственно-доминантного типа (O-D) по сравнению с группой менее компенсированных больных (II-B и III группы). По частоте самозащитного типа реагирования (E-D) различий не выявлено. В целом, для больных с большей психологической компенсацией характерна установка на преодоление фрустрирующих обстоятельств и преодоление блокирования потребностей, менее компенсированным больным свойственна эмоциональная фиксация на

препятствии со снижением попыток ее преодоления, то есть у менее компенсированных больных возможна выраженная реакция на такие фрустрирующие ситуации, которые другими обычно воспринимаются как незначительные. Различие по коэффициенту социальной адаптации (GCR) между компенсированными ($60,5 \pm 1,6$) и декомпенсированными ($50,3 \pm 2,3$) больными свидетельствует о том, что более компенсированные больные лучше адаптированы в своем социальном окружении, чем декомпенсированные.

Исследование отношения к болезни с помощью опросника «Тип отношения к болезни» (ТОБ) показал, что наиболее часто в группе больных РМЖ встречаются эргопатический ($25,1 \pm 2,5$ баллов), сензитивный ($22,1 \pm 1,6$ баллов) и тревожно-депрессивный типы отношения к болезни ($17,3 \pm 1,6$ баллов). Результаты сравнения шкальных оценок и методики ТОБ между больными с большей (I и II-A группы) и меньшей (II-B и III группы) психологической компенсацией выявляют достоверные различия по шкале тревожно-депрессивного и неврастенического типов отношения к болезни. Для менее компенсированных больных характерна выраженная в значительной степени тревога и беспокойство в связи с болезнью, раздражение, особенно при болях, страданиях, непереносимость малейших болевых ощущений, неспособность к ожиданию облегчения. При большей психологической компенсации выше показатели шкал гармонического, анозогнозического и эргопатического типов отношения к болезни. По мере снижения степени психологической компенсации больных от группы к группе наблюдается уменьшение частоты эргопатического с одновременным повышением сензитивного и тревожно-депрессивного типов отношения к болезни.

При изучении динамики психологического состояния больных раком молочной железы в стационаре было выяснено, что для каждого этапа лечения в стационаре существуют характерные, переживаемые больными раком молочной железы, проблемы. Во время лечения в стационаре больные

испытывали выраженное эмоциональное напряжение, показателями которого являлись высокие уровни личностной (RX2) и ситуативной (RX1) тревожности и сниженная самооценка. При этом наиболее тяжелым по силе переживаний являлся этап поступления в стационар (RX2 - $51,3 \pm 0,8$ баллов; RX1 - $57,6 \pm 0,9$), к выписке уровни личностной (RX2 - $49,3 \pm 0,8$) и ситуативной (RX1 - $49,6 \pm 0,9$) тревожности снижались (в группе компенсированных больных до умеренного уровня RX2 - $43,6 \pm 1,1$ баллов; RX1 - $42,7 \pm 1,1$), самооценка повышалась по категории «здоровье» во всех группах, а по категории «счастье» - у компенсированных и частично компенсированных больных ($p < 0,05$).

Таким образом, личностные реакции на заболевание у больных РМЖ различаются по степени психологической компенсации. В этой связи особое внимание медицинского психолога заслуживает группа частично компенсированных больных, так как психологическая помощь больным именно этой группы - самой большой по численности - создает для них возможность преодолеть психологические последствия болезни.

С целью изучения отношения больных РМЖ к химиотерапии и определения эмоционального состояния больных в зависимости от ее длительности было проведено психологическое исследование больных, проходивших лечение в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова [10]. Исследовалось 45 больных в возрасте от 30 до 70 лет, у всех пациенток до химиотерапии была операция (мастэктомия). Пациентки в зависимости от продолжительности курсов химиотерапии были разделены на три группы:

- I группа (15 человек) - больные, принимающие первый курс химиотерапии во время лечения в стационаре;
- II группа (14 человек) - больные, проходящие второй, третий или четвертый курс химиотерапии амбулаторно;
- III группа (16 человек) - больные, завершающие химиотерапию: пятый или шестой курс амбулаторно.

В исследовании использовались клиническая беседа в виде неформализованного интервью (приложение 4) и психологические тесты, направленные на изучение уровней личностной и ситуативной тревожности (тест Спилбергера-Ханина) [7], дифференциальной диагностики депрессивных состояний (тест В. Зунга в адаптации Т. Балашовой в СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева) и самооценки (тест Дембо-Рубинштейн) [4] (приложение 5). Исследование было дополнено наблюдениями за поведением больных во время беседы и выполнения тестов.

Больные по поводу химиотерапии говорили так: «Страшно было начинать», «Испытываю сильную боль», «Хочется отвернуться к стенке и никого не видеть». Две женщины из всех сказали, что после химиотерапии «трупом лежишь» (на момент обследования у них был пятый курс химиотерапии). Сопутствующие химиотерапии осложнения выражались в слабости, тошноте, потере аппетита (у некоторых, напротив, повышении аппетита), слезливости, потливости, дрожи, ознобе, обострении обоняния, апатии, снижении настроения. Многие женщины при заполнении тестовых шкал эмоционально реагировали на некоторые из предлагавшихся утверждений. Беседа после выполнения теста на самооценку выявила у большинства скептическое отношение к своему здоровью и счастью: «Кончилось мое здоровье», «Я все время себя жалею, мне страшно», «Да разве это счастье?», «О каком счастье я могу говорить?».

Результаты проведенного исследования показали, что имеется прямо пропорциональная зависимость между длительностью химиотерапии и увеличением уровней ситуативной и личностной тревожности и депрессии для I и II групп ($p < 0,05$) и для I и III групп ($p < 0,05$). В III группе показатели ситуативной и личностной тревожности достигают высокого уровня, показатель депрессии становится выше нормы. Самооценка по категориям «здоровье» и «счастье» ниже нормы во всех группах, самой низкой она является у больных III группы. К 5-6-м курсам химиотерапии абсолютно все больные знают свой диагноз, им свойственно положительно-нейтральное

представление о химиотерапии и значительная часть из них считает, что химиотерапия поможет в лечении. Наряду с этим, по мере увеличения числа курсов химиотерапии возрастает число больных, испытывающих страх перед ней, увеличивается количество больных, которые плохо переносят химиотерапию, и для которых она оказалась тяжелее, чем они предполагали. Возможно, это объясняется общей усталостью от лечения химиопрепаратами и от сопутствующих осложнений, которые изнуряют и выматывают настолько, что некоторые больные готовы настаивать на прекращении курсов химиотерапии раньше положенного срока. В этом состоянии больные более всего нуждаются в эмоциональной поддержке окружающих и особенно врача-химиотерапевта. Многие во время исследования жаловались на отсутствие стабильного контакта с врачом, те же, у кого такой контакт был, подчеркивали его значение для них. С увеличением числа курсов химиотерапии значительно возрастает количество больных, считающих, что они не подготовлены врачом к проведению химиотерапии. Это обстоятельство является свидетельством того, что больные не информированы о лечении в той мере, в какой им хотелось бы быть информированными, с одной стороны, а с другой - указывает на то, что они нуждаются в эмоциональной поддержке врача. Можно высказать предположение о том, что при психологической подготовке больной к проведению химиотерапии, возможно, уменьшится страх перед нею, и может быть, лучше будет субъективная переносимость препаратов.

Таким образом, проведенные психологические исследования больных РМЖ свидетельствуют о психологической травматизации заболевших женщин и необходимости оказания им психологической помощи как врачом-онкологом, так и медицинским психологом.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Гильяшева И.Н., Левина Т.Л., Тонконогий И.М. Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММПИ) / Методические рекомендации. – Л. - 1974. – 33 с.

2. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М.: Медицина. - 1976. – 176 с.
3. Карпова Э.Б. Разработка и клинико-психологическая апробация методики исследования системы отношений у больных хроническими соматическими заболеваниями // автореф. дисс. канд. психол. наук. – Л. - 1985. – 22 с.
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Медицина. - 1970. – 215 с.
5. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. – М.: НИИ психиатрии. - 1971. – 62 с.
6. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическое и биохимическое исследование состояния фрустрации и эмоционального стресса при неврозах // автореф. дисс. канд. психол. наук. – Л. - 1973. – 19 с.
7. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. – Л. - 1976. – 16 с.
 8. Чулкова В.А. Исследование системы отношений и эмоциональной напряжённости у больных раком молочной железы // Социально-психологические исследования в психоневрологии. - Л.: Из-во: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1980. – С. 128 - 132.
 9. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы // автореф. дис. канд. психол. наук. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1999. – 18 с.
 10. Чулкова В.А., Блинов Н.Н., Комяков И.П., Константинова М.М., Котова Д.Г., Тришкина Е.А. Психотерапевтическая помощь больным раком молочной железы // Пособие для врачей–онкологов. - СПб. - 2002. - 23 с.

6.4. Психологическое исследование больных злокачественными лимфомами

Пестерева Е.В.

Злокачественные лимфомы (лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы) относятся к разряду системных лимфопролиферативных заболеваний. Лимфома Ходжкина (ЛХ) является одним из наиболее курбельных злокачественных процессов. Применение современной химиолучевой терапии позволяет излечивать до 80-95% пациентов с ЛХ, тем не менее у части больных отмечается первично-рефрактерное течение болезни. Поэтому для таких больных представляется крайне актуальным своевременное выявление факторов неблагоприятного прогноза с целью

ранней интенсификации лечения ЛХ и своевременного проведения высокодозной химиотерапии с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток. Среди больных неходжкинскими лимфомами (НХЛ), отличающимися высокой степенью злокачественности, возможно достижение полного регресса заболевания после стандартной химиотерапии лишь у 40-60% больных. У остальных неизбежно развивается первичная резистентность лимфомы к химиотерапии и/или рецидив заболевания. Несмотря на все выше изложенное, злокачественные лимфомы при адекватном и своевременном лечении имеют благоприятный прогноз, но изменения на психофизиологическом и эмоциональном уровнях, которые вызывает данное заболевание, могут сохраняться долгие годы после окончания лечения [7]. Все это указывает на психологическую травматизацию больных злокачественными лимфомами.

Если онкологические заболевания с четкой локализацией - рак молочной железы, рак желудка, рак легкого и т.д. – воспринимаются и самими больными, и их окружением как «серьезные болезни», то отсутствие конкретной локализации при лимфопролиферативных заболеваниях создает представление и них как о некоей форме «непонятной болезни». При этом неинформированность общества о лимфопролиферативных заболеваниях, которые на начальных стадиях болезни зачастую маскируются под недомогания, посещающие людей в обыденной жизни, также влияет на несвоевременное обращение к врачу. Кроме того, злокачественные лимфомы часто поражают людей молодого возраста, в период становления личностного и профессионального статуса, развития семейных отношений, и зрелого возраста, в период активной трудовой деятельности: ситуация, связанная с болезнью и необходимостью длительного лечения, фрустрирует актуальные потребности пациентов [6].

Исследование проводилось в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ). Было обследовано 138 больных злокачественными лимфомами (лимфома Ходжкина – 77 больной,

Неходжкинская лимфома – 61 больной) в возрасте от 18 до 55 лет на разных этапах течения заболевания: 41 чел - до начала химиолучевого лечения, 42 чел. - при первичном лечении, 36 чел. - при лечении рецидива, 19 чел. - в состоянии ремиссии. Большинство больных имели II – III стадии заболевания. В соответствии с Международным прогностическим индексом (МПИ) пациенты с ЛХ были отнесены к благоприятной и промежуточно-благоприятной прогностическим группам, при НХЛ – к группе низко-промежуточного и промежуточно-высоким риска.

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний больных (приложение 4). Экспериментально-психологический метод был направлен на изучение особенностей реагирования больных на заболевание (ТОБОЛ) [4], анализ жалоб невротического регистра у данной категории пациентов (ОНР-СИ) [5], а также исследование механизмов совладающего поведения - интернальность больного в сфере здоровья (УСК) [1] и ведущие копинг-стратегии на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровнях [3] (приложение 5).

Одним из ключевых моментов отношения к болезни при онкологическом заболевании является мнение больного о злокачественном характере заболевания. На этапах до лечения и при первичном лечении пациентам злокачественными лимфомами было свойственно отрицание (14,6% и 9,5%, соотв.) и частичное признание злокачественного характера болезни (46,3% и 45,2%, соотв.). При отрицании злокачественного характера патологического процесса больной не отрицал самого факта заболевания (он лечился), однако оно воспринималось им как обычная, не угрожающая жизни, болезнь. При частичном признании диагноза больной одновременно и признавал, и отрицал злокачественный характер болезни, что выражалось в амбивалентности настроения и поведения. Если при отрицании диагноза у больных преобладает бессознательная психологическая защита отрицание, то при частичном принятии заболевания больным свойственна

рационализация, которая проявлялась в подчеркивании ими «особенности» своего заболевания. В данном случае «особенность» звучала как некоторая исключительность пациента (он не такой, как все) и надежда на благоприятный исход («Читал, что это редкое заболевание, в основном им болеют люди социально благополучные...», «Мне требуется лечение, но моя ситуация в связи с заболеванием существенно отличается от пациентов на соседнем отделении ...»). При рецидиве заболевания частичное признание злокачественного характера заболевания встречалось реже: 75% больных признавали злокачественный характер болезни.

Размышления о болезни, о ее роли и месте в жизни человека нередко являлись настолько травмирующими для пациентов, что в качестве защиты появлялось стремление вытеснить мысли, связанные с заболеванием. Так, 61% больных до начала лечения и 50% больных при прохождении первичного лечения считали, что «вредно задумываться» над вопросом «Почему это случилось со мной?». От этапа к этапу все больше больных находили для себя причину болезни (59% - при лечении рецидива, 63,2% - в состоянии ремиссии) - утрата близкого, нервное напряжение, переутомление, вредная работа, ультрафиолетовое облучение и другие, порой иррациональные, причины.

У большинства больных всех групп (70,7%; 73,9%; 50%; 84,2%) мотив выздоровления содержал конкретные жизненные цели (создание семьи, воспитание детей, получение образования, реализация в профессиональной сфере). При лечении рецидива «страх стать беспомощным» являлся смыслом выздоровления достоверно чаще, чем при первичном лечении ($p < 0,02$).

На основании представлений о болезни у пациентов формировалось отношение к лечению: до начала лечения и при первичном лечении у пациентов преобладал страх в отношении полихимиолучевой терапии в виде опасений изменения внешности, возникновения побочных осложнений в результате лечения. До начала лечения 53,7% больных пугала беспомощность, которая могла возникнуть в связи с лечением, что указывает

на переживаемое ими состояние неопределенности, неуверенности и тревоги. По мере длительности лечения пациенты чаще отмечали, что они «готовы вынести любые тяжести лечения, главное, чтобы лечили», «лечат - значит есть надежда на выздоровление». Готовность вынести любые трудности лечения для того, чтобы поправиться была наиболее характерна для больных при лечении рецидива ($p < 0,02$). Следует отметить, что страх, связанный с лечением, нередко подавлялся больными, при этом они демонстрировали «оптимистическое» отношение к лечению («Все будет хорошо»). Данное отношение играло защитную функцию и отражало желание «не думать о плохом». Такое «оптимистическое» отношение к лечению наблюдалось при прохождении первичного лечения в 64,3% случаев, а при лечении рецидива лишь в 38,9% случаев ($p < 0,05$). Как при первичном лечении, так и при лечении рецидива имелись больные с «пессимистическим» отношением к лечению: «Эта болезнь, где трудно самому человеку что-нибудь предпринять, а лучше всего подчиниться врачу». Также выявлялись больные с неустойчивым отношением к лечению (33,3% - при первичном лечении; 50% - при лечении рецидива), которые могли бы выработать адекватное отношение к лечению при условии грамотного и доступного им информирования и своевременной профессиональной психологической помощи.

Результаты исследования типов отношения к болезни (ТОБОЛ) показали, что выраженность различных компонентов отношения к болезни не зависела от диагноза (ЛХ и НХЛ). На всех этапах заболевания наиболее выраженными компонентами в структуре отношения к болезни были эргопатический, анозогнозический и сенситивный, однако менялось их соотношение между собой и другими компонентами, а также содержательная наполненность.

Недооценка больными серьезности заболевания, его злокачественного характера на этапах до начала лечения и при первичном лечении проявлялась в условно-адаптивных формах реагирования на болезнь (65,8%, 64,3%,

соотв.) с преобладанием эргопатического, анозогнозического и эргопатически-анозогнозического типов.

При лечении рецидива отношение к болезни без признаков социально-психологической адаптации выявлялось у 41,7% больных: наряду с эргопатическим и анозогнозическим, преобладал гармоничный тип отношения. Вместе с тем, наблюдения показывали, что для большей части больных с гармоничным отношением характерна позиция «защитного» оптимизма, при котором больной, избегая сильных переживаний, строит свое поведение в соответствии с социальными нормами, не позволяя себе эмоциональных вспышек, тем самым является «удобным», «хорошим» пациентом для врача и для близких.

На этапе ремиссии преобладали условно-адаптивные формы реагирования на заболевание (68,3%) с доминированием анозогнозического и эргопатически-анозогнозического типов. При этом анозогнозический компонент в структуре отношения к болезни у пациентов в ремиссии означал не столько отрицание болезни как таковой, сколько завершение жизненного этапа, связанного с болезнью и лечением, так как в данный момент пациенты знают, что они здоровы (им об этом говорят врачи на основании проведенных анализов).

В каждом этапе выявлялись больные с дезадаптивным отношением к болезни, они более остро переживали ситуацию заболевания и, с точки зрения социальных норм, менее адаптированы к происходящему. Таких больных было больше всего (58,3%) на этапе лечения рецидива, когда анозогнозия и «уход в работу» уже не могут смягчить психологическую травму, вызванную возвращением ситуации заболевания и лечения, и больные находятся в поисках новых способов адаптации.

Анализ жалоб невротического регистра (ОНР-СИ) пациентов злокачественными лимфомами показал, что на всех этапах заболевания не выявлялось достоверных различий по частоте встречаемости и выраженности жалоб невротического регистра в зависимости от диагноза (ЛХ и НХЛ).

Среди жалоб пациентов на этапах до лечения, при первичном лечении и лечении рецидива ведущими по частоте встречаемости являлись жалобы ипохондрического и астенического характера, а также аффективная лабильность и нарушение социальных контактов. Ипохондрические жалобы позволяли больным презентировать свое недомогание и жалобы во вне (врачам, близким). Более того, поскольку лимфопролиферативные заболевания не имеют конкретную локализацию, больные «прислушивались» к своей внутренней телесности, которая является одним из источников формирования отношения к болезни. По мере лечения заболевания возрастала информированность пациентов о болезни и лечении, в этой связи ипохондрические жалобы становились более конкретными, специфическими и отражали взгляды больного на болезнь, его гипотезы, ожидания и могли являться запросом к окружающим на получение понимания, сочувствия и информации о заболевании. Следует отметить, окружающие не всегда понимают запрос больного, а неудовлетворение этого запроса, в свою очередь, может приводить к концентрации психической жизни больного на болезни.

Астенические жалобы больных соответствовали клинической картине заболевания. На этапах, когда болезнь находилась в активной фазе, астеническая симптоматика имела взаимосвязь с нарушением социальных контактов ($p < 0,05$). На этапе ремиссии число жалоб астенического характера уменьшалось, но жалобы, указывающие на нарушение социальных контактов, по-прежнему являлись ведущими, что может быть отражением актуализированных в связи с заболеванием экзистенциальных проблем, одним из проявлений которых является экзистенциальная изоляция.

На всех этапах заболевания у больных злокачественными лимфомами отмечены различия в выраженности и частоте доминирования жалоб невротического регистра в зависимости от возрастного критерия: на этапах до лечения и при первичном лечении у пациентов до 40 лет, в сравнении с более старшими, реже встречаются депрессивные расстройства (20% и 52,4%

соотв., $p < 0,05$), аффективная напряженность (30% и 71,4% соотв., $p < 0,02$), при ниже выраженность шкал депрессивных и дереализационных расстройств ($p < 0,03$). Однако при возникновении рецидива заболевания они более выше выраженность шкал аффективной напряженности ($p < 0,02$), ананкастических расстройств ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о том, что более молодые больные только при рецидиве начинали осознавать угрозу своему здоровью в связи с заболеванием.

Процесс формирования отношения к болезни связан с возможностями психологической адаптации человека, к которой относится совладающее поведение. Совладающее поведение опирается на оценку человеком своих возможностей и проявляется в форме различных стратегий на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровнях. Исследование интернальности больных злокачественными лимфомами (УСК) показало, что у большинства пациентов на этапах, когда болезнь находилась в активной фазе, выявлялся пониженный уровень интернальности в сфере здоровья: эти больные ощущали тревогу и неуверенность, чувствовали себя неспособными контролировать ситуацию, связанную со здоровьем, не осознавали своих реакций на болезнь, не находили смысл в происходящем. Сниженный уровень интернальности с отношении здоровья у пациентов с рецидивом заболевания, несмотря на опыт болезни, может свидетельствовать о психической травматизации личности больного в ситуации возвращения заболевания. У большинства пациентов на этапе ремиссии выявлялся умеренный уровень интернальности в сфере здоровья. На этапе ремиссии интерналов было больше среди пациентов до 40 лет, по сравнению с более старшими больными ($p < 0,02$), что проявлялось в любопытстве к собственной жизни, во внимании к своим личностным потребностям, в ответственном выборе своего поведения.

Анализ взаимосвязи отношения пациентов к болезни и их интернальности в сфере здоровья показал, что больные злокачественными лимфомами до лечения и при первичном лечении не проявляют явных

признаков дезадаптации в связи с ситуацией заболевания, когда не принимают в расчет состояние своего здоровья: обнаружено обратная взаимосвязь интернальности в сфере здоровья с анозогностическим ($r=-0,48$, $p<0,01$) и прямая с дезадаптивными ($r=0,59$, $p<0,05$) компонентами отношения к болезни. На этапах до лечения и при первичном лечении принятие заболевания, осознание ответственности за свое здоровье больными сопровождается дезадаптацией, что конгруэнтно травмирующей ситуации, но не всегда понимается и принимается обществом.

На этапе ремиссии обнаружена обратная взаимосвязь между интернальностью пациента в сфере здоровья и дезадаптивными компонентами отношения к болезни ($r=-0,54$, $p<0,05$): можно предположить, что пациенты в ремиссии адаптированы к ситуации заболевания за счет изменения отношения к своему здоровью.

Результаты исследования копинг-стратегий в структуре совладающего поведения показали, что больным злокачественными лимфомами свойственны адекватные ситуации когнитивные стратегии, которые способствовали снижению эмоционального напряжения, однако при длительном их использовании они могут блокировать переживания. На эмоциональном уровне наиболее часто использовался «оптимизм», который мог быть как адекватным (реальным), так и неадекватным (защитным). На поведенческом уровне, несмотря на когнитивную переработку ситуации заболевания, действовали не всегда конструктивные стереотипы. Это указывало на то, что у данных больных мысли и чувства разобщены. Для целостного переживания травмирующей ситуации необходимо признание негативных чувств, так как только в процессе их переживания можно принять изменившуюся реальность.

Таким образом, специфической особенностью отношения к болезни пациентов злокачественными лимфомами является длительный период отрицания злокачественного характера заболевания, что обуславливает отсроченность психологической травмы больных, в сущности, она

наблюдается только при рецидиве заболевания. Профессиональная психологическая помощь онкологическому пациенту, направленная на принятие им злокачественного характера болезни не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне, способствует более адекватной психологической адаптации больного к заболеванию и лечению.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) – М.: Смысл. - 1993. – 16 с.
2. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова// СПб. – М.: Изд. Центр «Академия». 2003. – 736 с.
3. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика под влиянием психотерапии // Пособие для врачей. - СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1999. -22с.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей Авторы-сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31с.
5. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / Сост. В.А. Абабков и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1995. – 21 с.
6. Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Восстановление трудоспособности больных лимфогранулематозом после радикального лечения (социально-психологическое исследование) // Тез. докл. IV Всесоюзн.съезда онкол. – Л. 1986. - с. 401- 402.
7. Flechtner H. Fatigue and quality of life: lesson from the real word / H. Flechtner, A. Bottomley // Oncology. 2003, vol.8, supl.1. - P.5-9.

6.5. Психологическое исследование больных раком легкого

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

По отношению к раку легкого существует устойчивое представление о влиянии социальных факторов и образа жизни на его возникновение. Можно предположить, что люди, заболевшие раком легкого, в отличие от больных с другими локализациями опухолей, могут связать возникновение заболевания со своим образом жизни и вредными привычками. Это, в свою очередь, может влиять на восприятие и отношение к болезни [4].

Было исследовано 99 больных раком легкого (76 мужчин и 23 женщины) на этапе первичного лечения на торакальном отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ). С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациентов (приложение 4). Экспериментально-психологический метод был направлен на выявление невротической симптоматики у пациентов (ОНР-СИ) [2] и типа их отношения к болезни (ТОБОЛ) [3], а также изучение интернальности больных, в том числе в области здоровья (УСК) [1] (приложение 4).

Как правило, пациенты обнаруживали свое заболевание в результате планового осмотра (на работе) после прохождения флюорографии, либо самостоятельно обращались к врачу с жалобами на симптомы ОРВИ (кашель, одышка, высокая температура), или иные (аритмия, боли в пояснице, суставах). В последнем случае нередко первичным диагнозом ставилась пневмония, и только спустя какое-то время больного отправляли на обследование с подозрением на онкологическое заболевание. Запущенная простуда, воспаление легких являлись причиной заболевания, по мнению больных, в 32% случаях.

Принимали злокачественный характер своего заболевания («рак», «рак легкого», «онкология», «можно продлить жизнь, но излечить нельзя, так как рак есть рак»), 26,3% больных отрицали злокачественный характер болезни («просто опухоль», «потерушка», «полипы», «диагноза не знаю», «какое-то затемнение в легких») 47,4% больных раком легкого. У 26,3% больных частично признавали злокачественный характер своей болезни. С одной стороны, больные говорили о своем заболевании, указывая на тяжесть предстоящего лечения, с другой стороны, - им были свойственны высказывания: «Отпустили бы домой, не может быть, что все настолько серьезно» и предлагали свои версии заболевания.

Половина больных (50%) полагали, что возникновение заболевания как-то связано с курением, 29% - со стрессом, нервным напряжением в течение жизни, 29% - с вредными условиями труда, 13% - с воздействием различных (не сигареты) канцерогенов («вода плохая» «лекарства в аптеке - подделка»), 8% - говорили про наследственность («отец и брат умерли от рака»). При этом 32% обследованных больных указывали, что «искать причины – забивать голову». Они же отмечали, что «лишней информации о болезни не надо, хватает той, которую сообщает врач».

Большинство пациентов (71%) выражали свое отношение к лечению следующим образом: «унывать нельзя», «буду стараться лечиться и не менять темпа жизни». Оставшиеся 29% - указывали, что лечение заболевания связано с большой неопределенностью, они жаловались на депрессивное состояние, «апатию - хоть на веревке тащи».

Четверть пациентов (24%) отметили, что их жизнь в связи с заболеванием значительно изменилась («круг общения сузился», «деньги не зарабатываю», «очень резко с работы уволили», «изменилось многое, ходить не могу»), 55% пациентов указали на незначительные изменения («бросил курить», «вроде, что-то изменилось»).

Изучение особенностей реагирования на заболевание (ТОБОЛ) выявило условно-адаптивное отношение к болезни у 53,5% больных, при этом доминировал эргопатический тип, свидетельствующий о стремлении, несмотря на болезнь, продолжать привычную активную жизнедеятельность, работать. У пациентов с дезадаптивным отношением к болезни преобладали тревожный, сенситивный, смешанный и диффузный типы.

Анализ результатов отношения к болезни показал, что у больных с отрицанием злокачественного характера болезни и у больных, принимающих злокачественность своего заболевания, преобладали адаптивные типы отношения к болезни (61,5% и 55,3% соответственно). При частичном признании злокачественного характера болезни у большинства больных (57,6%) выявлено дезадаптивное отношение к болезни.

Анализ результатов выраженности невротической симптоматики (ОНР-СИ) показал преобладание у пациентов следующих жалоб невротического спектра: расстройства сна, астения, аффективная лабильность, аффективная напряженность, ипохондричность, соматовегетативные расстройства. Данная симптоматика была более выражена у больных с частичным признанием злокачественного характера заболевания, в сравнении с теми, кто отрицал злокачественный процесс болезни ($p < 0,005$). У больных с отрицанием в 81% (20 чел.) случаях была низкая выраженность невротической симптоматики. При признании злокачественного процесса невротическая симптоматика имела высокий уровень выраженности у 6% (3 чел.) больных и умеренный уровень – у 47% (22 чел.) больных, что являлось адекватным в условиях болезни и признания ее пациентом.

Исследование интернальности (УСК) показало, что в целом у больных раком легкого снижены показатели по шкале интернальности в отношении здоровья и болезни (3-4 стена), даже если показатели по шкале общей интернальности были высокими (5 стенов и более). Пациенты не воспринимали себя ответственными за свое здоровье и лечение, а полагались на других людей, в первую очередь, на врачей. При этом пониженный и низкий локус-контроль личности был свойственен именно пациентам с отрицанием и частичным признанием злокачественного характера болезни, что предполагает такие особенности личности как неуверенность, эмоциональная неустойчивость, то есть отсутствие веры в свои силы и ресурсы. Так, у большинства больных, отрицающих и частично признающих злокачественный характер заболевания (65% и 73% соответственно), были низкие показатели как общей интернальности, так и интернальности в сфере здоровья. Эти пациенты воспринимали состояние своего здоровья скорее зависящим от внешних воздействий и случайностей, чем от собственного образа жизни, они не принимали ответственности за свое здоровье и жизнь в целом, а лечились «потому, что так надо» и предпочитали зависимость от врачей.

Вместе с тем для 70% больных, признающих злокачественный характер заболевания, характерен умеренный общий уровень интернальности, что связано с такими особенностями личности, как эмоциональная устойчивость, уверенность, социальная активность и самоуважение. Из них у 59,6% выявлен умеренный уровень интернальности в сфере здоровья. Эти больные допускали причинную зависимость между своими действиями, заболеванием и возможностью выздоровления, осознавали роль собственной сознательной активности в лечебном процессе. Принятие заболевания с витальной угрозой связано с ответственностью больного за свою жизнь и здоровье, способностью осознавать происходящее в его жизни и понимать свое состояние.

Таким образом, у больных раком легкого, отрицающих злокачественный характер заболевания, в большинстве случаев выявлялись условно-адаптивное отношение к болезни и низкая выраженность невротической симптоматики. Отрицание, являющееся бессознательной защитой личности, смягчает психическую травматизацию больного в связи с заболеванием и его лечением, но в то же время, мешает освоению информации и принятию болезни. Эти больные не склонны нести ответственности за свое здоровье и жизнь в целом. Данная позиция способствует неадекватному отношению больного к заболеванию, затрудняет его взаимоотношения с близкими (особенно в ситуации ухудшения состояния), формирует эмоционально зависимые отношения с окружающими, в том числе с медицинским персоналом. Чрезмерное следование врача защитным реакциям больного, совместное отрицание злокачественности заболевания может привести к разрыву коммуникации, к изоляции и одиночеству больного.

У большинства больных с частичным признанием злокачественного характера своего заболевания диагностируются выраженная невротическая симптоматика и дезадаптивное отношение к болезни. Быстрое разрушение психологической защиты личности сделало их очень уязвимыми. Низкий

уровень интернальности не позволяет мобилизовать новые как внутренние, так и внешние ресурсы.

Для пациентов, признающих злокачественный характер своей болезни, характерен умеренный уровень общей интернальности: ответственное отношение к событиям своей жизни способствует принятию реальности. Интернальность пациентов в области здоровья указывает, что они осознанно относятся к процессу лечения, берут на себя ответственность, чтобы проанализировать свой образ жизни, чувства, которые не способствуют лечению.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) – М.: Смысл. - 1993. – 16 с.
2. Психодиагностическая методика для определения невротических и неврозоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / Сост. В.А. Абабков и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1995. – 21 с.
3. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей Авторы-сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31с.
4. Симонова О.Н., Корытова Л.И., Мусс В.Ф., Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Информированность больного раком легкого о заболевании и его психологическая адаптация // Вопросы онкологии. - 2008. - Т.54, №1. – С.82 - 85.

6.6. Психологическое исследование больных раком предстательной железы

Вагайцева М.В.

В настоящее время во всем мире и в России изменилась возрастная структура заболевания раком предстательной железы (РПЖ): за последние 15 лет число заболевших мужчин в возрасте 50-55 лет удвоилось. Скрытое течение заболевания, как правило, приводит к оперативному вмешательству – простатэктомии. При этом неспецифическое переживание заболевания раком у больных РПЖ, свойственное всем онкологическим пациентам и связанное с угрозой жизни, дополняется, как правило, эмоционально значимым переживанием угрозы половой состоятельности. После операции пациент

должен адаптироваться не только к изменениям, связанным непосредственно с онкологическим заболеванием (медикаментозная интоксикация, астения, возможность рецидива), но и к специфическим последствиям лечения, что обуславливает целую гамму психологических проблем, с которыми пациент сталкивается после операции.

Было исследовано 107 мужчин, больных раком предстательной железы на различных этапах заболевания и лечения: в процессе лечения – 37 человек, в ремиссии от 3 до 10 лет – 35 человек, на стадии паллиативного лечения – 35 человек. Распределение по возрасту было следующим: от 48 до 63 лет – 30,8%, от 64 до 72 лет – 38,3% и от 73 до 84 лет – 30,8%. Исследование проводилось в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова и в Хосписе №1 (Лахта, СПб).

Большинство пациентов не испытывали физического беспокойства на момент диагностирования рака: 89% узнали о своем заболевании случайно. При этом 84% мужчин описывают сильные переживания, связанные с обнаружением заболевания, остальные пациенты, по их словам, относятся к болезни спокойно или отрицают какие-либо переживания в связи с раком.

Большинство пациентов (76,6%) относятся к самому диагнозу спокойно («это может случиться с каждым»), переживают чувство стыда – 6,5% больных, испытывают чувство страха – 4,7% больных, у некоторых пациентов (2,8%) присутствует героическое переживание. Обнаружены статистически значимые различия в зависимости 1) от возраста: в группе от 64 до 72 лет выбор ответа «это может случиться с каждым» встречается реже, чем в группе от 73 до 84 лет и 2) от этапа развития заболевания: выбор ответа «это может случиться с каждым» в группе ремиссии делают чаще, чем в группах лечения и паллиативной лечения, выбор ответа «все равно» в группе ремиссии выбирают реже, чем в паллиативной группе.

Клинико-психологический метод

Преобладающее число больных (71%) считает, что решение о проведении операции принадлежит исключительно врачу, а они лишь только

вынуждены были подчиниться врачебному решению. Четверть пациентов (29%) отмечают, что после информации врача, они сами принимали участие в принятии решения об операции.

Распределение мнений больных о трудностях периода заболевания оказалось примерно одинаковым: считают самым трудным периодом выбор лечения 29,9% больных, восстановительный период – 26,2%, период после операции – 24,3% , период постановки диагноза - 19,6% больных. Пациенты, находящиеся в ремиссии более 3-х лет, в возрасте старше 65 лет демонстрируют принятие своего заболевания и последствий, связанных с ним. Пациенты в возрасте от 48 до 65 лет описывают тревогу в связи с последствиями заболевания, отмечают чувство обиды либо вытесняют переживания: «стараюсь не думать об этом».

Более, чем для половины больных (55,1%) важнейшим фактором являлся их собственный характер, поддержка жены оказывалась очень важной для 28,0% пациентов, информированность о заболевании поддерживала 12,1% пациентов. Большинство опрошенных пациентов состоят в браке более 30 лет. Они оценивают взаимоотношения в семье как хорошие с высоким уровнем взаимопонимания (86,0%). Отмечают, что отношения в семье не изменились после заболевания (67,3%), а у некоторых даже улучшились (29,9%). Ощущают, что их в семье любят (48,6%) и поддерживают (29,6%), что необходимы семье (25,1%). Лишь 5,7% больных считают, что близкие только выполняют долг («я – обуза», «я такой не нужен»). Практически всеми (89,7%) отмечается, что жена в семье больного раком предстательной железы играет главенствующую роль. Она несет ответственность не только за решение семейных и бытовых вопросов, но и за разрешение трудностей и проблем в жизни пациента. Одиноким мужчинам в ходе беседы демонстрируют более высокий уровень тревоги.

Отношение к болезни изменилось: у 42,1% пациентов оно улучшилось, стало хуже лишь 7,5% больных. У 31,8% пациентов отношение к болезни осталось без изменений, а 18,7% больных избегают думать о болезни.

Статистически значимые различия обнаружены в выборе ответа «стало хуже». Отношение к болезни стало хуже в группе паллиативного лечения.

Жизнь вследствие заболевания не изменилась у 34,6% больных, а 31,8% пациентов изменили свой образ жизни. Отметим изменение отношений 6,5% больных. Физическая боль появилась у 16,8%, а душевные переживания – у 10,3% больных. Статистически значимые различия между группами распределились следующим образом: 1) в группе паллиативного лечения ответ «нет изменений» выбирался чаще, чем в группе лечения, 2) в группах лечения и ремиссии чаще говорят о появлении физической боли, чем в группе паллиативного лечения.

Спокойно относятся к изменениям в жизни 31,8% пациентов, тревогу и беспокойство испытывают 23,4% больных, а страх и отчаяние – 7,5%. При этом страх и отчаяние чаще возникает в группе лечения, чем в группе ремиссии ($p < 0,05$), а тревога и беспокойство - в группе ремиссии чаще, чем в паллиативной группе ($p < 0,01$).

Экспериментально-психологический метод

Профиль типов отношения к болезни всей выборки показывает, что эргопатический компонент отношения к болезни имеет самую высокую среднюю шкальную оценку (56,1%). Это указывает на стремление пациентов продолжать активную деятельность. Анозогностический компонент второй по величине шкальной оценки (45,%) говорит о стремлении вытеснить факт заболевания. Третий по величине компонент шкальной оценки - гармонический (39,3%) - указывает на адаптацию к изменениям, связанным с заболеванием. Дальнейшее распределение средних шкальных оценок в выборке таково: тревожный (15,9%), ипохондрический (14%), неврастенический (10,3%), эгоцентрический (8,4%), апатический (7,5%), паранойяльный (6,5%), сенситивный (4,7%), и меланхолический (1,9%).

Я - структурный тест Аммона

Протестировано было только 84 человека, тест имеет большой объем, поэтому он не предлагался некоторым пациентам с выраженной анемией из

группы паллиативного лечения. Я-структурный тест Аммона указывает на уровень адаптации пациента к ситуации заболевания: нормальный или нарушенный. По этому признаку все пациенты были разделены на две группы: 1 группа (61,6%) – нормальный уровень адаптации к ситуации заболевания, 2 группа (38,4%) – нарушенный уровень адаптации к ситуации заболевания.

После математико-статистической обработки данных были получены статистически значимые различия между 1 группой с нормальным уровнем адаптации к заболеванию и 2 группой с нарушенным уровнем адаптации к заболеванию по следующим психологическим методикам и тестам:

Клиническая беседа

Для пациентов 1 группы с нормальным уровнем адаптации было характерно то, что они чаще (26,4%), чем больные 2 группы (0%), относились к заболеванию как событию, которое может случиться с каждым. В 1 группе реже (49,1%), чем во 2 группе (87,9%) отмечали наличие половой дисфункция. Пациенты 1 группы чаще имели работу или пенсию, что давало им социальный статус, занятость и материальное обеспечение. Пациенты 2 группы не имели работы.

Тип отношения к болезни (ТОБОЛ)

Анозогностический тип отношения к болезни, свидетельствующий об отрицании злокачественного характера болезни или его вытеснении, более характерен для больных 1 группы (62,3%), чем для больных 2 группы (30,3%). Напротив, ипохондрический компонент отношения к болезни чаще представлен у пациентов 2 группы (21,2%), чем у пациентов 1 группы (5,7%). Указанное обстоятельство говорит о том, больные 2 группы чаще испытывают беспокойство и переживания в связи с заболеванием.

Уровень субъективного контроля личности (УСК)

Пациенты 1 группы показывают более высокую интернальность ($2,36 \pm 0,11$), они чаще, чем больные 2 группы ($2,03 \pm 0,13$), берут на себя ответственности за неудачи.

Семантический дифференциал времени

Пациенты 1 группы ($6,07 \pm 0,41$) воспринимают свое прошлое более позитивно, чем пациенты 2 группы ($4,05 \pm 0,90$), и оно у них лучше структурировано ($5,08 \pm 0,76$ и $2,33 \pm 1,19$ соответственно).

Шкала самооценки Дембо-Рубинштейн

Согласно этой методике, большее число больных 1 группы, чем число больных 2 группы считает свою болезнь излечимой, их больше поддерживает семья. В целом, самооценка больных 1 группы выше и по категориям «ум» и «характер». Они чаще испытывают чувство радости.

Таким образом, сопоставление результатов исследования позволяет сделать следующие выводы:

- Для больных с нормальным уровнем адаптации характерен анозогнозический тип отношения к болезни, позитивное отношение к прошлому, более высокая самооценка.
- В группе мужчин в процессе лечения отмечается пониженный уровень принятия себя, своих достижений, компетентности, ощущение недостаточной привлекательности своей личности для окружающих, умеренная социальная зависимость. Существует склонность к возникновению или наличию в настоящее время тревожных, депрессивных, астенических состояний. Это соотносится с физическим состоянием послеоперационного периода, начальным периодом адаптации к изменениям, связанным с заболеванием.
- Пациенты, находящиеся в ремиссии более 3-х лет демонстрируют принятие своего заболевания и последствий, связанных с ними.
- Пациенты в возрасте от 48 до 65 лет описывают тревогу в связи с последствиями заболевания, отмечают чувство обиды либо вытесняют переживания - «стараюсь не думать об этом». Мужчины, в основном, скуп описывают переживания, связанные с половой дисфункцией. Чаще всего в этой связи звучит слово «обида». В случае спокойного

отношения к последствиям операции описывают естественное затухание половой функции на момент постановки диагноза.

- Состояние своего здоровья 92% участников исследования скорее считают зависящим от внешних воздействий и случайностей, чем от своего образа жизни. В первый год заболевания - связывают возможность выздоровления преимущественно с деятельностью врачей или с благоприятным течением обстоятельств; в процессе лечения ориентируется на методы, не предполагающего активного участия пациента. В продолжительной ремиссии большинство исследуемых демонстрируют стремление преодолеть заболевание, неприятие роли «больного», восстановление ценностной структуры и активное социальное функционирование без отчетливых проявлений психической и социальной дезадаптации.

По результатам исследования можно сделать вывод, что компенсирующим факторами в отношении к болезни у больных раком предстательной железы являются особенности личности больного, семейный статус пациента и поддержка его жены, а также пожилой возраст заболевшего мужчины.

Литература:

1. Иовлев, Б.В. Психология отношений. Концепция В.Н. Мясищева и медицинская психология/ Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова // СПб.: «Сенсор». - 1999.-76 с.
2. Нюттен Ж. Мотивация, действие и перспектива будущего. Пер. с англ. Е. Ю. Патяевой, Н. Н. Толстых, В. И. Шевяковой // М.: Смысл. - 2004.-607 с.
3. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей/ Авторы сост. Л.И. Вассерман и др.// СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31 с.
4. Семантический дифференциал времени как метод психологической диагностики личности при депрессивных расстройствах: пособие для психологов и врачей/ Авторы сост. Л.И. Вассерман и др. СПб.: НИПНИ им. В.М.Бехтерева. - 2005. - 24 с.
5. Тупицын Ю. Я., Бочаров В. В. Методика оценки уровня психического здоровья./В кн.: Психосоциальная реабилитация и качество жизни.// СПб.,2001.- С. 351— 361.

6.7. Психологическое исследование больных с онкогинекологической патологией

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

Онкогинекологический рак несет в себе угрозу психической травматизации для заболевшей женщины. Содержанием психической травмы для женщин с онкогинекологической патологией являются не только страх перед болезнью с витальной угрозой, но и, так называемый, «фемининный фактор», включающий страх потери женственности в связи с утратой органов, ее символизирующих, боязнь распада семьи, а у молодых женщин - страх потери детородной функции [1]. Кроме того, локализация онкологического процесса в гормонозависимых и гормонопродуцирующих органах нередко обуславливает развитие психоэндокринного симптомокомплекса со специфическими клиническими проявлениями [2]. Вследствие этого, женщины с указанной патологией испытывают тяжелый эмоциональный дистресс.

В онкогинекологическом отделении НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова медицинскими психологами были обследованы 41 пациентка в возрасте от 19 до 45 лет с диагнозами рак шейки матки (РШМ), рак тела матки (РТМ), рак яичников (РЯ), с I, II и III стадиями заболевания (34,1%, 34,1% и 31,8%, соответственно) на различных этапах заболевания: 15 чел. – «до операции», 26 чел. – «после операции». Большинство обследованных женщин имели с высшее и незаконченное высшее образование (60,9%), работали (82,9%), состояли в браке (68,3%) и являлись матерями (75,6%).

С помощью клинко-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациенток (приложение №4). Экспериментально-психологический метод был направлен на изучение особенностей реагирования пациенток на заболевание

(ТОБОЛ), оценку качества из жизни (EQRTCQLQ – С30) и тяжести тревожных/ депрессивных состояний (Госпитальная шкала тревоги и депрессии), характера и интенсивности соматических жалоб, связанных с состоянием здоровья (Гиссенский опросник соматических жалоб) [1-2] (приложение №5).

Клинико-психологическая беседа позволила выявить особенности отношения пациенток к болезни (отношение к диагнозу и лечению, субъективное восприятие болезни), а также отразить их социально-психологическую ситуацию в связи с заболеванием. Так, несмотря на то, что 51,2% женщин на момент постановки диагноза не имели опыта заболеваний («даже медицинской карточки не имела»), большинство обследуемых пациенток признавали злокачественный характер своего заболевания: 60% - на этапе «до операции», 73% - на этапе «после операции». Вместе с тем, на этапе «до операции» пациентки без предоперационной терапии чаще считали, что у них «предраковое состояние», в отличие от тех, кто уже прошел курс терапии ($p=0,03$).

В 70,7% случаев женщины полагали, что возникновение заболевания как-то связано с историей их жизни, отмечая связь между заболеванием и своим образом жизни. Анализируя свое прошлое, 63,4% пациенток считали, что причины болезни у них носят психогенный характер и связаны со стрессами, переживаниями, семейными конфликтами.

Пациентки отмечали, что испытывают сложности при сообщении о своем диагнозе и здоровье другим людям. При этом наиболее трудно сообщить о своей болезни было родителям (41,5%), мужу (29,3%), соседям (17,1%). Однако 73,2% пациенток указало, что именно информирование своих близких о случившемся позволило им получить поддержку, особенно в период от обнаружения заболевания до поступления в клинику.

Большинство (65,9%) пациенток отрицали изменение семейных отношений в связи с заболеванием. Из 68,3% пациенток, состоящих в браке, 75% женщин отрицали изменения в супружеских взаимоотношениях: мужа

этих женщин вели себя по сложившему до заболевания стереотипу поведения («*всё как всегда*»). Данное отрицание отражает страхи онкогинекологических пациенток в связи с заболеванием, также можно предположить, что мужа, в свою очередь, склонны защищаться от психотравмирующего факта заболевания жены.

Отмечали сильный страх 61% женщин перед лечебными процедурами: их пугало, состояние беспомощности, которое может возникнуть в связи с лечением, они опасались утраты женской привлекательности (страх кастрации). Наиболее тяжелым и опасным видом лечения (по представлению пациенток) являлась химиотерапия. При этом у 24,4% больных выявлялся тотальный страх («*все страшно*»). Следует отметить, что на этапе «после операции» пациентки предъявляли больше страхов в отношении лечения (пугали беспомощность, истощение, боль, инвалидность) – ожидание негативных последствий, связанных с лечением, создавало дополнительное психоэмоциональное напряжение, которое проявлялось и на соматическом уровне.

Изучение особенностей реагирования онкогинекологических пациенток на заболевание (ТОБОЛ) выявило у 39% больных отношение к болезни без признаков нарушения психосоциальной адаптации, при этом преобладал эргопатический тип: эти женщины стремились, не смотря на болезнь, продолжать активную, в том числе профессиональную, деятельность. У 61% пациентки выявлялось отношение к болезни с признаками психосоциальной дезадаптации: у 60% пациенток на этапе «до операции» и у 73% на этапе «после операции». Дезадаптивное отношение к болезни в большинстве своем было представлено смешанными и диффузными типами. При этом в структуре отношения к болезни у больных «до операции» был выражен тревожный компонент: пациентки ощущали неопределенность в связи с предстоящей операцией, прислушивались к разговорам женщин, которые уже прооперированы, беспокоились о последствиях операции. В отличие от них, у пациенток на этапе «после операции» в структуре отношения к болезни

выражен дисфорический компонент: дисфоричность в отношении к болезни проявлялась в виде раздражительности, гневливости, мрачного настроения, чувства зависти к здоровым, недовольства тем, что лечение не приносит отчетливого и быстрого результата. При этом женщины, осознающие свою повышенную раздражительность, были склонны объяснять свое настроение климактерическими проявлениями в связи с лечением. Вместе с тем, страдание, отражающееся на психическом уровне, независимо от его физиологической составляющей (например, гормональная перестройка) - это всегда душевная боль, которая, не имея конструктивного выхода, создает у пациентки внутреннюю напряженность и влияет на ее отношение к лечению, к болезни и жизни в целом.

Анализ показателей шкал опросника EORTC QLQ-C30 не выявил статистически достоверных различий отдельных показателей качества жизни пациенток в зависимости от локализации онкологического процесса (РШМ, РТМ, РЯ). Выявились различия качества жизни пациенток в зависимости от этапа лечения заболевания: на этапе «до операции» у женщин, независимо от того, проходили они предоперационную терапию или нет, были выше показатели ролевого ($p < 0,02$) и когнитивного функционирования ($p < 0,03$), менее выраженные симптомы утомляемости ($p < 0,01$), боли ($p < 0,02$), запоров ($p < 0,04$), а также реже отмечаются жалобы на финансовые затруднения в связи с заболеванием ($p < 0,02$).

Признание пациентками злокачественного характера заболевания сочеталось с более низкими показателями по шкале «когнитивное функционирование» ($p < 0,01$) и более выраженными симптоматическими шкалами «утомляемость» ($p < 0,02$), «потеря аппетита» ($p < 0,03$). Снижения качества жизни онкологического пациента в процессе принятия им злокачественного характера своей болезни не является неожиданным: это естественно, потому что больной испытывает душевные страдания. Только страдая, человек становится способным соотнести историю своей жизни с происходящим и восстановить душевное равновесие, нарушенное известием

о заболевании. Выявлена связь между качеством жизни онкогинекологических пациенток и их способностью найти субъективную причину своего заболевания: больные, которые воспринимали заболевание как «что-то внешнее», «событие, свалившееся на голову и не поддающееся осмыслению», «что-то не из моей жизни» имели ниже показатели по шкале «физическое функционирование» ($p<0,03$).

У пациенток с высшим и незаконченным высшим образованием выше показатели по шкале «эмоциональное функционирование», по сравнению с теми, кто имел среднее образование ($p<0,04$). Можно предположить, что более высокий образовательный уровень пациентки являются предиктором её эмоциональной компетентности в собственном внутреннем мире: женщина лучше ориентируется в субъективном пространстве своей жизни и осознает значимость душевной работы. Анализ литературы подтверждает, что эмоциональное состояние онкологического больного определяется не только обстоятельствами возникновения заболевания и процессом лечения, но и целями, мотивами и ценностями заболевшего человека.

Личный опыт ранее перенесенных болезней (не онкологических) достоверно не влиял на показатели качества жизни пациенток. Однако наличие у них опыта взаимодействия с онкологическим больным взаимосвязано с более высоким качеством жизни по шкале «эмоциональное функционирование», в сравнении с теми, у кого данный опыт отсутствовал ($p<0,04$). Забота о человеке в ситуации заболевания с витальной угрозой – это присутствие в пространстве сильных переживаний, которое способствует соприкосновению помогающего со своими экзистенциями.

Семейный статус пациенток отражался на их качестве жизни: у женщин, состоящих в зарегистрированном браке были максимальные показатели по шкале «ролевое функционирование», в сравнении с теми, кто был разведен или состоял в гражданском браке ($p<0,002$). Кроме того, пациентки (34,1%), отмечающие, что их отношения в семье в связи с болезнью «стали лучше и крепче», имели более высокие показатели по шкале

«ролевое функционирование» ($p < 0,01$) и минимальные по шкале «финансовые во жизни, в сравнении с теми, у которых семейные отношения «не изменились»: обнаружены значимые различия по шкалам «утомляемость» ($p < 0,05$), «боль» ($p < 0,03$), «тошнота» ($p < 0,01$), «запоры» ($p < 0,03$), «диарея» ($p < 0,03$). Все это подчеркивает то, что семья для человека в ситуации заболевания является одним из главных ресурсов. Статистически достоверных взаимосвязей между показателями качества жизни и наличием у женщин детей не выявлено, но на уровне тенденции отмечено, что у пациенток, имеющих детей, были более высокие показатели по функциональным шкалам - «социальное функционирование», «ролевое функционирование» (*«забота о детях «вырвет» из любого состояния»*). Однако у них также были более высокие показатели по шкалам «утомляемость», «нарушение сна», «финансовые затруднения».

Исследование тревоги и депрессии (Госпитальная шкала тревоги и депрессии) показало, что только у 39% женщин с онкогинекологической патологией обнаружена выраженная тревожная симптоматика: в 24,4% случаях – субклинически выраженная тревога, в 14,6% - клинически выраженная тревога. У большинства же больных как «до операции», так и «после операции» показатель уровень тревоги соответствовал нормативным показателям (70,1% и 71,5%, соотв.). Однако, учитывая выраженность тревожного компонента в структуре отношения к болезни, а также данные наблюдения за пациентками, можно предположить существование у них тревоги, маскирующей вследствие бессознательной психологической защиты под «защитный оптимизм», под которым скрываются тяжелые негативные эмоции. Выраженная депрессивная симптоматика (субклинический уровень) диагностировалась у 15,4% больных на этапе «после операции».

Изучение жалоб онкогинекологических пациенток по поводу состояния своего здоровья показало, что наибольшую выраженность имели жалобы астенического характера – ощущение слабости, усталость, вялость, сонливость (шкала «истощение»). Астеническая симптоматика связана с

заболеванием и его лечением, а также может свидетельствовать о потребности пациенток в эмоциональной поддержке. Наряду с астеническими, преобладали «ревматические» жалобы: боли в пояснице или спине, в шее или плечевых суставах, головные боли, чувство тяжести в ногах. Данные жалобы в виде алгических или спастических болей в различных частях тела отражали субъективные страдания пациенток. Интенсивность астенических и «ревматических» жалоб была выше у больных на этапе «после операции» ($p < 0,05$). Пациентки на этапе «после операции», в сравнении с этапом «до операции», более интенсивно предъявляли жалобы по поводу состояния своего здоровья в целом. Так, суммарный интегральный показатель (шкала «давление жалоб») достоверно выше у больных «после операции» (14,7 балла), по сравнению с больными «до операции» (7,7 балла) ($p < 0,05$).

Большинство (68,3%) пациенток считали, что интенсивность и эмоциональная окрашенность их жалоб по поводу состояния своего здоровья связана с психологическим фактором - сильными негативными переживаниями в связи с заболеванием. Показано, что эти пациентки, в отличие от тех, кто связывал жалобы по поводу состояния своего здоровья с физическими/ физиологическими/ гормональными факторами, имели более высокое качество жизни ($p < 0,05$): выражение и понимание, признание адекватности своих переживаний позволяет пациентки ощутить контроль своего эмоционального, что, в свою очередь, отражается на качестве ее жизни.

Следует отметить, для онкогинекологических пациенток характерна высокая выраженность, так называемых, неспецифических жалоб, которые не вошли в основные шкалы опросника. Некоторые из них отражали специфичность течения онкогинекологического заболевания - боли в нижней части живота, приступы жара и приливы, потливость, запоры и поносы, позывы к мочеиспусканию; другие же - дрожание, боли в горле, расстройства сна, повышенная чувствительность к холоду или к теплу, онемение

конечностей, склонность к плачу - свидетельствовали о психосоматической составляющей страдания пациенток. Выраженность жалоб неспецифического характера имела отрицательную взаимосвязь с качеством жизни пациентки ($p < 0,01$).

Таким образом, при оказании психологической помощи онкогинекологическим пациенткам необходимо учитывать особенности их отношения к болезни на разных этапах лечения заболевания, а также социально-психологический статус заболевших женщин.

Литература:

1. Марилова Т.Ю. Особенности мотивационной сферы у онкологических больных (рак молочной железы): автор. дис. канд. психол. наук М. - 1984. - 26с.
2. Менделевич Д.Б. Клиническая и медицинская психология: практическое руководство. – М. – 2002. – 592 с.

6.8. Психологическое исследование матери при лечении ее ребенка в онкологической клинике

Чулкова В.А., Черненко О.А., Пестерева Е.В., Кулева С.А.

Болезнь ребенка - это сложное жизненное испытание для родителей. Особенно сильные переживания характерны для родителя, который непосредственно находится с ребенком во время его лечения в онкологической клинике. Вышеуказанное представляет опасность психической травматизации родителя [1].

Было исследовано 32 матери детей, проходящих лечение в Институте гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой и в отделении химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. Использовались клинко-психологический метод, направленный на выявление особенностей личностного реагирования матерей на болезнь ребенка, и экспериментально-психологический метод: шкала оценки тяжести влияния травматического

события [4], тест оценки самоактуализации (САТ) [2], опросник для диагностики отношения матери к болезни ребенка (ДОБР) [3] (приложение 5).

Вся выборка исследованных матерей была разделена на три группы, согласно уровню травматического стресса, описанного Н.В. Тарабриной (2010) в методике «Шкала оценки уровня воздействия травматичности события» (ШОВТС):

- 1 группа включила матерей с общим баллом ШОВТС до 35, что можно считать низким уровнем воздействия травматичности события.
- 2 группа – матерей с общим баллом ШОВТС от 36 до 50 баллов, воздействие события является сильным.
- 3 группа – матерей с общим баллом ШОВТС свыше 51 балла, травмирующее событие является очень сильным.

Анализ клинических бесед и анкетных данных матерей обнаружил некоторые закономерности. Так, было выявлено, что у матерей со сверхвысоким уровнем психической травматизации достоверно чаще больной ребенок был единственным в семье и проходил лечение в связи с рецидивом заболевания. Кроме того, большинство женщин в группе со сверхвысоким уровнем психической травматизации были приезжими. Это обстоятельство создавало дополнительные трудности. Приезжие матери больных детей были изолированы от своих семей в отличие от матерей из Санкт-Петербурга и Ленинградской области, которые могли чаще видеться с мужем и другими членами семьи и которые иногда могли осуществлять уход за ребенком «вахтовым» методом: мать с отцом по очереди находились в клинике. Женщины же из других городов России часто в беседе говорили о том, что семья как бы состоит теперь из двух половинок: «я и ребенок» и «все, кто остался там, дома». Эти матери часто указывали на то, что, находясь в чужом городе, чувствуют себя одиноко, незащищенно.

В группах с различным уровнем психической травматизации был проведен сравнительный анализ данных, полученных по методикам оценки

САТ и диагностики отношения матери к болезни ребенка (ДОБР).
Использовался ранговый U-критерий Манна-Уитни (табл.1).

Таблица 1 - Сравнение групп по значениям показателей методик оценки самоактуализации и диагностики отношения матери к болезни ребенка

Показатель	Описательная статистика, группы			Ранговый U-критерий Манна-Уитни, достоверность различий		
	1 группа	2 группа	3 группа	1 и 2 группы	2 и 3 группы	1 и 3 группы
Сензитивность (САТ)	8,25	11,86	13,50	0,085	0,797	0,05*
Принятие агрессии (САТ)	12,55	8,73	14,27	0,282	0,047*	0,387
Экстер-/ интеральность (ДОБР)	11,95	8,95	14,05	0,512	0,05*	0,152
Контроль активности (ДОБР)	8,95	15,09	7,91	0,152	0,008*	0,173

Примечание.

*- разница достоверна

Анализ результатов, полученных по методике оценки самоактуализации матери больного ребенка, показал, что матери с высоким уровнем психической травматизации *склонны* спонтанно и непосредственно выражать свои чувства: чем выше степень травматического стресса, тем выше экспрессивность в поведении, которая нередко проявляется не во взаимодействии с ребенком, а в отношениях с другими людьми, прежде всего, с врачами; матери с высоким уровнем травматизации в большей степени принимают свою раздражительность, гнев, агрессию ($p \leq 0,01$). Изучение отношения матери к болезни ребенка (ДОБР) обнаружило, что матери с высоким уровнем травматизации ощущают бессилие в ситуации заболевания и невозможность повлиять на исход болезни, которые увеличиваются по мере длительности болезни ребенка, особенно при рецидиве заболевания.

Общая истощенность матери как на психологическом, так и на физическом уровне снижает ее контроль за поведением ребенка в процессе лечения, что приводит к уменьшению ее ответственности и свидетельствует об ее астенизации и депрессивном состоянии. Эти матери ориентированы на внешнюю поддержку: чем трагичнее женщина воспринимает онкологическое

заболевание ребенка, тем больше она нуждается в поддержке мужа или семьи.

Корреляционный анализ полученных результатов показал, что способность родителей справиться со своим эмоциональным состоянием важна для успешного и своевременного лечения, так как во многом определяет поведение больного ребенка, его отношение и к лечению, и к врачу.

Таким образом, онкологическое заболевание ребенка является травматическим событием для матерей: у 68% из них отмечен высокий показатель психической травматизации; переживания матерей определяют их реакции и поведение, что необходимо учитывать медицинскому персоналу при взаимодействии с родителями пациента. Матери больных детей нуждаются в психологической помощи и коррекции эмоционального состояния так же, как и их дети. Работа психологической службы должна быть направлена не только на помощь и поддержку ребенку как пациенту, но на помощь родителям (матерям) как непосредственным участникам процесса лечения ребенка.

Литература:

1. Добряков И.В., Защирина О.В. Психология семьи и больной ребёнок. – СПб.: Речь. - 2007. – 400 с.
2. Ильин Е.П. Психология взрослости. – СПб.: Питер. – 2012. – 469 с.
3. Калягин В.А., Овчинникова Т.С. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи / Пособие для студентов, педагогов, логопедов и психологов.– СПб.: Каро. - 2004. – С. 264-269.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб: Питер, 2010. — 272 с.

Глава 7.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТНОШЕНИЯ К ЛЕЧЕНИЮ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Попов Т.М., Рысенкова Д.М.

Проблема отношения больного к лечению не является новой: можно предположить, что вопрос следования пациента рекомендациям врача существовал с момента зарождения медицинского знания. В настоящее время в связи с развитием гуманистических традиций в медицине и тенденцией к изменению модели взаимодействия врача и больного данная проблема является чрезвычайно актуальной.

Особое значение проблема отношения больного к лечению имеет в онкологии: прогресс медицинской науки и биомедицинских технологий позволяет добиваться эффективных результатов лечения онкологических пациентов, но, вместе с тем, используемые инновационные методы лечения по-прежнему остаются довольно агрессивными, снижающими качество жизни больного [6]. Онкологические больные нередко испытывают различные страхи, связанные непосредственно с лечением (страх беспомощности, боли, осложнений, боязнь изменения внешности) [13], что мешает им принимать информацию о заболевании и формировать ответственное отношение к лечению. Так, в исследовании больных раком молочной железы, получающих химиотерапию, обнаружена прямо пропорциональная зависимость между длительностью химиотерапии и увеличением уровней тревожности и депрессии. По мере увеличения курсов химиотерапии возрастает число больных, испытывающих страх перед ней [10].

Специфичные для ситуации онкологического заболевания признаки - полиэтиологичность возникновения, непредсказуемость течения, отсутствие четких гарантий излечения - обуславливают мучительные переживания больных. Даже неоспоримые успехи в лечении

онкологических заболеваний не меняют общей тенденции людей воспринимать рак как что-то роковое, сверхопасное и непонятное [14].

Таким образом, лечение онкологических заболеваний создает чрезмерную нагрузку не только на организм, но и на личность пациента, и, прежде всего, на его эмоциональное состояние.

Проблема длительного лечения всегда вызывала не просто интерес к психологии пациента: наличие ее свидетельствовало также о необходимости учета в лечении личности самого больного человека, так как без внимания к этому фактору невозможно в полной мере понять все, что происходит с пациентом в процессе терапии. Для описания поведения пациента в процессе лечения появилось понятие «комплаенс» (compliance), введенное в 1979 году D.Sackett и R. Haynes [16]. По определению ВОЗ, комплаенс представляет собой «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнения рекомендаций по питанию или изменению образа жизни, назначениям и указаниям врача» [16]. В этом определении подчеркивается объективная сторона поведения пациента. Ряд зарубежных исследований, в которых изучалась связь комплаенса и взаимодействия врача с больным, формы приема и дозировки лекарств, связь комплаенса и объективных медицинских показателей, очевидно, выполнены в поведенческой парадигме [17, 18].

Несмотря на успехи исследований, этот подход не может решить всех научных и практических проблем, возникающих в процессе терапии больного человека, так как не учитывает субъективные факторы, стоящие за его поведением во время лечения. Следующим шагом стало появление в литературе понятия «приверженность» (adherence), определяемого как готовность пациента следовать назначениям врача [16]. Оценка готовности предполагает учет субъективных представлений пациента о терапии и его мотивов к выздоровлению. Однако в литературе и практическом обиходе понятия «комплаенс» и «приверженность» зачастую употребляются как тождественные.

Таким образом, несмотря на возрастание числа работ, посвященных проблемам комплаенса и приверженности, проблема субъективного отношения пациента к лечению остается далеко не исчерпанной.

Возможно, взгляд на эту проблему с точки зрения теории отношений В.М.Мясищева позволит увидеть в ней новые нюансы, которым ранее не уделялось внимание. Согласно этой теории, личность понимается как система отношений. По В.Н. Мясищеву, отношения характеризуются осознанностью, активностью, избирательностью, в них проявляются различные составляющие личности, что обеспечивает целостность, устойчивость и последовательность поведения человека [1]. Важным свойством системы отношений является иерархичность, выражающаяся в том, что некоторые отношения занимают доминирующие позиции (наиболее значимы), а другие – подчиненные позиции (менее значимы).

Известие о диагнозе и о необходимости лечения сопровождается процессом формирования у больного отношения к болезни – нового отношения, которое возникает в системе отношений человека, предшествующей заболеванию, и способствует изменению всех отношений, существующих до него. Одним из элементов отношения к болезни является отношение к лечению, которое рассматривается как особая деятельность больного по преодолению заболевания и ее последствий. Отношение к лечению, как и любое отношение, включает в себя когнитивный, эмоциональный и мотивационно-поведенческий компоненты [13]. Психологические исследования, проводимые в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, а также опыт психологического консультирования онкологических пациентов и членов их семей позволили наполнить структуру отношения к лечению содержанием, специфичным для онкологических больных.

Таким образом были выделены следующие характеристики отношения онкологических пациентов к лечению: осведомленность и потребность больного в информации о заболевании и лечении, отношения

с лечащим врачом в процессе лечения, эмоциональные реакции на заболевание и на необходимость лечения.

Степень выраженности данных взаимодополняющих характеристик, на наш взгляд, является показателем значимости для больного отношения к лечению.

Потребность больного в информации о заболевании и методах его лечения. Долгие годы существовало мнение, что информировать об онкологическом заболевании – значит травмировать пациента, а к одному из важных деонтологических правил относили стремление врачей скрыть от пациентов истинный характер болезни. Прогресс медицинской науки и биомедицинских технологий позволил, прежде всего, медицинскому сообществу относиться в раку как к диагнозу, а не как к приговору, поэтому было принято законодательное решение сообщать больному в доступной для него форме информацию о состоянии здоровья и болезни [8]. Однако у пациентов в отношении осведомленности о заболевании нередко наблюдается противоречие: больной, с одной стороны, знает о болезни (информирован), с другой стороны, отрицает злокачественный характер болезни - бессознательная психологическая защитная реакция проявляется в нежелании принимать неприятную и тяжелую информацию о заболевании. Исследования показывают, что у большинства онкологических больных превалируют анозогнозический («отрицание») и эргопатический («уход в работу») типы отношения к болезни, которые, не нарушая социальной адаптивности, свидетельствуют о стремлении пациентов «отбрасывать» мысли о болезни, ее последствиях и оставаться в сфере привычной жизнедеятельности [4]. На первый взгляд, кажется, что такая позиция больного человека вполне приемлема: главное, чтобы он лечился. Вместе с тем, если больной избегает переживаний, вызванных информацией о болезни, то он и не включается в события, связанные с лечением, и лечится, потому что «так надо», перекладывая на врача всю ответственность за лечение.

С другой стороны, в современном обществе с развитыми информационно-коммуникационными технологиями, человек имеет доступ к информации о любом заболевании. Так, некоторые пациенты стремятся найти как можно больше информации о болезни и методах ее лечения («Не хочу вслепую лечиться, это моя жизнь»), что отражает их потребность управлять ситуацией заболевания и контролировать ее и свою жизнь в целом. Вместе с тем, чрезмерное количество информации нередко может только усиливать страх и растерянность больных, а контроль над заболеванием трансформируется у них в неконтролируемый сбор информации, в поиски такой, которая позволила бы, как им кажется, контролировать болезнь («Я непременно найду информацию, которая мне нужна»).

Отношения с лечащим врачом. Оценивать более объективно информацию о заболевании помогает больному, прежде всего, общение с лечащим врачом, который имеет знания о болезни в целом и знает о болезни конкретного заболевшего человека. Неопределенность в ситуации заболевания раком вызывает у пациента тревогу, и он пытается управлять этой тревогой, задавая врачу много вопросов о болезни и ее лечении. При этом, в силу повышенной тревожности, больной нередко испытывает сложности в усвоении полученной от врача информации.

Профессиональная ответственность врача - отвечать на любые вопросы больных в доступной для них форме, ориентируясь на два параллельных принципа: никогда не обманывать пациента и избегать бездумной откровенности [7], и таким образом снижать эмоциональное напряжение больных и формировать у них адекватное отношение к болезни и лечению.

Ответственность больного по отношению к лечению формируется в процессе принятия им не только информации о заболевании, но и принятие им болезни и себя как больного человека [12]. Выражение «принятие болезни» используется как врачами, так и больными. Так, врач может обратиться к психологу по поводу пациента, который «не принимает болезнь», определяющим для него в данном случае является отсутствие

активной позиции больного, его включенности в процесс лечения. В свою очередь, больные, которые информированы о своем диагнозе и проходят определенные лечебные процедуры, нередко отмечают, что «сейчас тяжело и тяжесть эта оттого, что не могу принять болезнь», «никогда ничем не болел, сложно **себя** принять в этой ситуации». Иначе говоря, в ситуации заболевания раком человек теряет свою прежнюю идентичность здорового человека, у него возникает ощущение потери себя («Я потерялась, хожу, как мертвая»). Для принятия болезни необходимо не только знание о болезни, но и переживание значимой для человека информации, которая разрушает прежнее – до болезни – представление о жизни, о себе, о будущем.

Таким образом, информирование и принятие – это одна и та же проблема, по-разному преломляющаяся для врача и для пациента. Врачу важно адекватно информировать больного, чтобы он мог жить в реальном мире, зная, что с ним происходит, и в меру возможности заботиться о себе. Перед больным стоит психологическая задача: принятие болезни и изменившейся в связи с этим картины мира и себя в своей новой идентичности больного раком.

Интенсивность проявления эмоциональных реакций на заболевание и лечение. Интенсивные чувства в большинстве своем являются нормальными реакциями человека в трудной ситуации заболевания: они отражают переживания больного. Об адаптивных нарушениях, в том числе, о возможности развития посттравматического стрессового расстройства, скорее свидетельствует отсутствие переживаний, особенно в начале болезни и лечения.

Переживания выполняют восстановительную функцию: выраженные сильные негативные чувства снижают эмоциональное напряжение и являются одним из условий переработки психической травмы пациентом. Более того, в результате мучительных душевных переживаний и страданий у больного может сформироваться такое отношение к болезни и лечению, при

котором появляется ощущение, что жизнь дает еще один шанс – жить с учетом заболевания.

Для изучения особенности отношения к лечению у онкологических больных при системной терапии было проведено исследование 103 онкологических пациентов в возрасте от 19 до 65 лет (21 мужчина и 82 женщины). Пациенты имели различные диагнозы – меланома (25 чел.), саркома мягких тканей (СМТ) (18 чел.) и рак молочной железы (РМЖ) (60 чел.) и находились на разных этапах лечения. Критерием объединения указанных больных для исследования являлось прохождение ими инновационных методов системной терапии, используемых в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

Для выявления личностного реагирования пациентов на болезнь применялась методика отношения к болезни (ТОБОЛ) [5], для исследования особенностей личности, способствующих совладанию с внутренним напряжением в ситуации лечения, использовался тест жизнестойкости Мадди (в адаптации Л.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой) [2].

Отношение больного к лечению и его переживания в связи с лечением изучались с помощью структурированной клинической беседы. По сумме положительных ответов пациентов на вопросы, касающиеся их действий по сбору информации о болезни и лечении, эмоциональных реакций на данную информацию и необходимость лечения, важности для них отношений с лечащим врачом определялась степень значимости для больного лечения: насколько отношение к лечению является доминирующим в системе других отношений больного. Таким образом по 5-балльной шкале была оценена значимость отношения к лечению: 0 - 1 балл – значимость отношения к лечению слабо выражена, 2 - 4 балла - средне выражена, 5 баллов - высоко выражена. При обработке данных использован пакет статистических методов SPSS 21.

Изучение реагирования онкологических больных на заболевание (ТОБОЛ) показало преобладание эргопатического («уход в работу»),

анозогнозического («отрицание») и сенситивного типов отношения к болезни, что соответствует ранее проведенным психологическим исследованиям, указывающим на то, что у онкологических больных преобладают неосознанные защитные реакции, когда привычный мир больного не разрушается, а корректируются с учетом заболевания [15]. При этом эргопатическое реагирование может являться определенной компенсацией сенситивности и тревожности больного [9].

Средние показатели шкал теста жизнестойкости (тест Мадди) указывали на то, что пациенты, принимавшие участие в исследовании, социально адаптированы и психологически устойчивы: вовлечены в значимую для них деятельность и испытывали интерес к собственной жизни, были способны контролировать свою жизнь в той или иной мере и извлекать опыт из проживания своей жизни.

Клиническая беседа, направленная на изучение потребность больного в информации о заболевании и методах его лечения, включала в себя вопросы: часто ли пациент спрашивает лечащего врача о своем состоянии, о назначенном лечении, общается ли он с другими пациентами с целью получить новую информацию о видах терапии или же активно ищет ее в других источниках (статьи, книги, интернет). По сумме положительных ответов на данные вопросы оценивалась потребность больного в информации о заболевании и методах его лечения.

Высокая выраженность потребности в информации обнаружена у трети - 33,3 % (8 чел.) больных меланомой, почти у половины - 43,8 % (8 чел.) больных СМТ и у 18,3% (11 чел.) пациенток РМЖ.

Низкая потребность в информации о болезни и ее лечении выявлена у 8,4 % (2 чел.) больных меланомой, у 10 % (6 чел.) пациенток РМЖ и отсутствует у больных СМТ. Отсюда следует, что большинство онкологических больных не стремится игнорировать информацию о своем заболевании, а существование бессознательных психологических защит

является естественным для функционирования психики человека в ситуации угрозы.

У большинства больных потребность в информации выражена на среднем уровне. Средний уровень потребности в информации выявлялся у 58,3% (15 чел.) больных меланомой, у 56,2 % (10 чел.) больных СМТ, у 71,7% (43 чел.) пациенток РМЖ. Эти пациенты ориентированы на информацию, продиктованную актуальной ситуацией лечения и полученную, прежде всего, от лечащего врача, они стремятся оградить себя от историй чужих людей, рекомендаций, противоречивых мнений.

Выраженность потребности пациентов в информации имела отрицательную взаимосвязь с сенситивным ($p < 0,03$) и дисфорическими ($p < 0,05$) реагированием больных на заболевание и лечение (ТОБОЛ): пациенты с указанными типами отношения к болезни более склонны отгораживаться от информации, связанной с заболеванием и лечением. Для пациентов с сенситивным типом реагирования на болезнь, учитывая их мнительность и озабоченность мнением окружающих, необходима деликатная, дозированная и своевременная подача информации, в противном случае это может неблагоприятно сказаться на их эмоциональной сфере и на отношении к лечению в целом. Пациентам же с дисфорическим типом реагирования на заболевание характерны агрессивные реакции, связанные с болезнью, вплоть до подозрительности по отношению к лечебным процедурам, результат которых не оправдывает их ожиданий.

Отношение к лечению во многом определяется отношениями с лечащим врачом. В качестве примера важности контакта врача и пациента приведем высказывание больной И.: «Мы идем к нашему лечащему врачу в надежде услышать не только рекомендации по лечению, но и получить (осознанно или нет) психологическую поддержку. Это естественно, поэтому каждый наш вопрос значим для нас вдвойне: ответ на него, с одной стороны, четкое руководство к действию, а с другой – психологическая поддержка, дающая ощущение, что ты не один на один со своим заболеванием, что есть

человек, к которому можно обратиться за советом и разъяснением, и знать, что у своего доктора ты получишь и совет, и разъяснение. Если нам повезет, то наш доктор, кроме своих медицинских знаний и навыков, обладает еще качествами, дающими ему возможность терпеливо, неоднократно разъяснять наши «тупички», поддержать улыбкой, шуткой, а иногда очень категорично и однозначно дать понять, что с этим вопросом все решено. Хочу подчеркнуть, что часто ответы на вопросы не являются для нас в большой степени решением проблемы, а лишним поводом почувствовать, что мы вместе с доктором идем по трудному пути лечения и исцеления» [3].

Значимость отношений с лечащим врачом определялась по сумме положительных ответов на вопросы, касающихся того, часто ли пациент задает врачу вопросы о своем состоянии, о назначенном лечении, чувствует ли он эмоциональную поддержку со стороны врача, удовлетворен ли получаемой информацией.

Высокая значимость отношений с врачом выявлена у 33,3 % (8 чел.) больных меланомой, у 6,2 % (1 чел.) больных СМТ и у 27,7 % (17 чел.) пациенток РМЖ: они задавали врачу много вопросов о своем состоянии и получаемом лечении, высоко оценивали необходимость поддержки врача и были склонны к нарушению личных границ при общении с врачом. Отмечено, что женщины выше оценивали важность отношений с врачом и необходимость поддержки с его стороны, чем мужчины ($p < 0,04$).

Низкая значимость отношений с врачом обнаружена у 8,3 % (2 чел.) больных меланомой, 37,5 % (7 чел.) больных СМТ, 5,8 % (3 чел.) пациенток РМЖ. Следует обратить внимание на то, что для более, чем трети больных СМТ, отношения с врачом малозначимы. Можно предположить, что у этой категории больных возникают трудности в общении с врачом.

У большинства больных значимость отношений с лечащим врачом выражена на среднем уровне: у 58,4% (15 чел.) больных с меланомой, у 56,5 % (10 чел.) больных СМТ, у 66,5 % (40 чел.) пациенток РМЖ: эти пациенты

склонны к сотрудничеству с лечащим врачом, признавая при этом его ведущую и экспертную роль в лечении.

Показатель значимости отношений с врачом имел обратную взаимосвязь с сенситивным и эгоцентрическим типами отношения к болезни ($p < 0,01$) (ТОБОЛ): врачу важно учитывать преморбидные особенности пациентов, так как эмоциональное состояние и поведенческие реакции больных во многом определяются не только актуальной ситуацией, связанной с лечением и течением заболевания. Так, чувствительность к межличностным контактам (сенситивность), обуславливает восприимчивость больного к любым проявлениям невнимательности, а стремление быть в центре внимания окружающих (истероидные черты), проявляется в попытках больного продемонстрировать исключительный характер течения своего заболевания.

Отмечено, что значимость контакта с врачом отрицательно взаимосвязана с ипохондрическим реагированием больного на заболевание ($p < 0,01$). При ипохондрическом реагировании больной чрезмерно сосредоточен на субъективных болезненных или иных неприятных ощущениях, при рассказе о которых медперсоналу ему кажется, что он недостаточно услышан. Врачу следует знать, что ипохондричность, обеспокоенность своим здоровьем отражает процесс формирования отношения к болезни и ее принятия, что является вполне закономерной реакцией в ситуации заболевания, связанного с витальной угрозой [11].

Интенсивность проявления эмоциональных реакций оценивалась в виде наличия у больного эмоционального дистресса в связи с лечением, понимаемого как выраженность эмоциональных реакций на необходимость проведения лечебных процедур. Уровень эмоционального дистресса представлял собой сумму положительных ответов на вопросы о наличии у больного беспокоящих его эмоциональных состояний при назначении лечения и в процессе лечения. Выявлено, что при назначении лечения высокий уровень дистресса был у 8,3 % (2 чел.) больных меланомой, 18,8 % (3 чел.) больных

СМТ и 32 % (19 чел.) пациенток РМЖ. Однако в процессе лечения уже более значительное число пациентов испытывали дистресс: 29% (7 чел.) больных меланомой, 43% (8 чел.) больных СМТ и 53% (32 чел.) пациенток РМЖ. Указанное обстоятельство свидетельствует о том, что лечение для больных оказалось более тяжелым, чем представлялось.

Итоговый анализ исследования характеристик отношения к лечению онкологических больных показал, что для пациентов свойственна различная степень значимости для них отношения к лечению. В результате были выделены три группы пациентов в зависимости от степени значимости их отношения к лечению.

1 группа – пациенты с высокой значимостью отношения к лечению: проявляли активность в поиске информации о современных методах лечения, задавали много вопросов о своем состоянии и получаемом лечении, высоко оценивали необходимость поддержки лечащего врача, эмоционально реагировали на все нюансы собственного лечения (от страха и беспокойства до бурной радости и благодарности). Многие из них по своей инициативе обратились в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова, узнав о применяемых здесь инновационных методах терапии.

Высокая значимость отношения к лечению выявлена у 20,7 % (5 чел.) больных меланомой, у 12,5% (2 чел.) пациентов СМТ и у 3,3 % (2 чел.) пациенток РМЖ,

2 группа – пациенты со средней значимостью отношения к лечению: информацию предпочитали получать, прежде всего, от лечащего врача, стремились к сотрудничеству с врачом, выраженность эмоциональных реакций определялась актуальной ситуацией. Данные пациенты проявляли интерес к информации о диагнозе и методах лечения, но видели в этом скорее требования ситуации, чем личную инициативу.

Значимость отношения к лечению на среднем уровне была выражена у 58,4 % (15 чел.) больных меланомой, у 62,4 % (11 чел.) пациентов СМТ и у 86,7 % (52 чел.) пациенток РМЖ

3 группа - пациенты с низкой значимостью отношения к лечению. К поиску дополнительной информации о заболевании и его лечении они относились равнодушно, переживания по поводу лечения не раскрывали, не проявляли инициативы в общении с врачом и пассивно следовали его назначениям.

Низкая значимость отношения к лечению выявлена у 20,9% (5 чел.) больных меланомой, у 25,1% (5 чел.) пациентов СМТ и у 10,1 % (6 чел.) пациенток РМЖ.

Таким образом, для большинства пациентов, независимо от локализации опухоли, характерна средняя выраженность значимости отношения к лечению. При этом значимость отношения к лечению была выше для женщин, чем для мужчин ($p < 0,04$).

Анализ взаимосвязей между значимостью для больного отношения к лечению и его отношением к болезни (ТОБОЛ) показал, что у пациентов меланомой и СМТ значимость отношения к лечению имела взаимосвязь с дисфорическим ($p < 0,01$) и апатическим ($p < 0,01$) типами реагирования на заболевание. Так, чем более значимо для данных пациентов было отношение к лечению, тем они больше могли проявлять недовольство вплоть до раздражительности и гневливости не приносящим желаемого результата лечением (дисфорическое реагирование). При этом следует отметить, что высоко значимое отношение к лечению требует от больного предельной активности и больших энергетических затрат, которые истощают человека, и тогда наступают опустошенность и апатия (апатическое реагирование).

В отличие от больных меланомой и СМТ, у пациенток РМЖ высокая значимость отношения к лечению имела отрицательную корреляцию с дисфорическим типом реагирования ($p < 0,01$) на заболевание, что, возможно, связано с личностными особенностями женщин, страдающих РМЖ: они склонны к социально одобряемому поведению. При этом значимость отношения пациенток к лечению во многом повышалась за счет их активности в поиске информации о заболевании и лечении и использовании

данной информации как ресурса: они были осведомлены о современных методах терапии и у многих был положительный опыт лечения РМЖ у других женщин.

Анализ взаимосвязей между значимостью для больного отношения к лечению и способностью справляться с внутренним напряжением, вызванным заболеванием (тест жизнестойкости Мадди) показал, что значимость отношения к лечению имела отрицательную взаимосвязь с общим индексом жизнестойкости и показателем «вовлеченность». Этот результат свидетельствует о том, что при доминировании отношения к лечению в системе других отношений личности пациент устраняется от контекста своей привычной жизни. Больной с высокой значимостью отношения к лечению сосредоточен на деятельности по преодолению болезни, которая является длительной, трудной, а порой и непосильной, в результате он ощущает одиночество, усталость и даже безразличие к происходящему. Только реализация плана лечения, который существует в субъективном мире больного, способствует восприятию себя как могущего справляться с жизненными трудностями, снижать напряжение и быть жизнестойким. Это вынуждает больного прибегать к использованию внешних ресурсов (помощи и поддержки других людей), а порой и быть зависимым от них. Следует отметить, что отсутствие вовлеченности больного в происходящее (в данном случае в процесс лечения) может указывать на неприятие себя в настоящий момент, что в дальнейшем может распространяться и на другие сферы его жизнедеятельности, порождать глубинные конфликты больного как с самим собой, так и с миром.

Таким образом, отношение онкологических больных к лечению, являясь важнейшим элементом отношения к болезни, имеет большое значение в лечении и реабилитации пациентов и оказывает огромное влияние на их психологическую адаптацию к изменившейся в связи с заболеванием жизненной ситуации, что необходимо учитывать специалистам, взаимодействующим с больными.

Литература:

1. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. – Психология отношений // СПб.: НИИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999 – 85 с.
2. Леонтьев А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости // Методическое руководство. - М.: Смысл, 2006. – 63 с.
3. Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психоонкология // Пособие для врачей-онкологов. - СПб. - 2007. - 38 с.
4. Пестерева Е.В., Чулкова В.А., Вагайцева М.В. и др. Психологические исследования онкологических больных // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. - СПб.: Любавич, 2017. - С.104 – 158.
5. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности // Коллект. моногр. под ред. Л.И. Вассермана, О.Ю. Щелковой. – СПб.: Скифия – принт, 2014. – 408 с.
6. Семиглазова Т.Ю., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Котова З.С. и др. Качество жизни - важнейший критерий эффективности лечения и реабилитации онкологических больных // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» под ред. А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. - СПб.: Любавич, 2017. - С. 10 – 32.
7. Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативную медицину // Собелл Пабликейшн, Черчилль Госпиталь Оксфорд ОХ37. – Великобритания. - 1992. – 35 с.
8. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». М: Проспект, 2012. – 80 с.
9. Чулкова В.А. Психологическое исследование личностных реакций на болезнь при раке молочной железы// Автореф. дис. канд. психол. наук. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 18 с.
10. Чулкова В.А., Блинов Н.Н., Комяков И.П., Константинова М.М., Котова Д.Г., Тришкина Е.А. Психотерапевтическая помощь больным раком молочной железы // Пособие для врачей– онкологов. СПб., 2002. С. 23.
11. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. - 2009. - Т. 10, № 3. - С. 151-157.
12. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб университета. – 2010. - Сер. 12, Вып. 1. – С. 185 – 191.
13. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевания с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // Учебник «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия» под ред. Н.С. Хрусталевой. – СПб.: Из-во СПбГУ. - 2014. – С.223 - 271.
14. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе // Социальная

психология и общество. – 2015. – Т.6, №1. - С.117 - 126

15. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Онкологическое заболевание: экстремальная ситуация и психологический кризис // Руководство «Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов» под ред А.М. Беляева, В.А. Чулковой, Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева. - СПб.: Любавич, 2017. - С. 65 – 84.
16. Concordance, adherence and compliance in medicine // Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO), December 2005. 309 p.
17. Emily A.F. Holmes, Dyfrig A. Hughes. Predicting Adherence to Medications Using Health Psychology Theories: A Systematic Review of 20 Years of Empirical Research // Value In Health, 2017. № 17. P. 863-867.
18. Epstein Leonard H., Masek Bruce J. Behavioral control of medicine compliance // Journal of Appliance Behavioral Analytics, 1978. P. 1–9.

ГЛАВА 8

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ

8.1. Обзор методов психологического консультирования и психотерапии, применяемых в работе с онкологическими пациентами

Пестерева Е.В., Кондратьева К.О., Чулкова В.А., Караваева Т.А.

Онкологическое заболевание имеет свои специфические особенности, которые, в первую очередь, связаны с тяжелыми стрессовыми факторами, сопряженными как с семантикой диагноза злокачественного новообразования для конкретного больного, так и с высокой частотой неблагоприятной динамики заболевания, быстрой инвалидизацией, серьезными осложнениями, сопровождающими лечение опухолей (химиотерапия, лучевая терапия, обширные хирургические вмешательства, в том числе, с выраженными косметическими дефектами).

Профессиональная психологическая помощь онкологическому больному является частным случаем психотерапии человека в экстремальной и кризисной ситуациях [2]. Она направлена на то, чтобы помочь заболевшему человеку справиться с психологическими последствиями, вызванные онкологическими заболеваниями, и адаптироваться к изменившейся жизненной ситуации.

В переживаниях пациентами ситуации онкологического заболевания наблюдаются две тенденции. Часть больных переживает заболевание как крушение прежней жизни, как поворотный пункт в жизненной истории, что подталкивает их постепенно воссоздавать свою жизнь, но уже с учетом заболевания. При этом происходят размышления о болезни, о ее месте и роли в жизни человека, переосмысление жизни и перестройка системы отношений личности. Другая часть больных не переживает ситуацию заболевания как событие в своей жизни, как переломный момент жизни, делящий жизнь человека на «до болезни» и «после болезни», эти больные живут в состоянии

хронического напряжения. Не переработанная психологически травмирующая жизненная ситуация - в данном случае ситуация онкологического заболевания - не позволяет им адаптироваться к тем изменениям, которые появились в их жизни.

Не вызывает сомнения, что онкологические пациенты нуждаются не только в своевременной, адекватной и качественной медицинской терапии, но и в квалифицированной профессиональной психологической помощи, однако не существует единых стандартов ее проведения. В одних случаях психотерапия направлена лишь на принятие больным лечения и эффективность его проведения, в других случаях - широкий арсенал психотерапевтических методов используется с целью разрешения глобальной психологической проблемы онкологического пациента – принятие злокачественного характера заболевания, что во многом определяет его адаптацию к болезни: в процессе принятия заболевания информация о болезни становится информацией о том, как, имея диагноз онкологического заболевания в настоящем или в прошлом, продолжать жить.

Медицинский психолог в работе с онкологическими пациентами использует разнообразные методы психологического консультирования и психотерапии различных теоретических направлений. В настоящей работе мы представим лишь только часть из них, наиболее часто встречающихся в психологическом консультировании и психотерапии онкологических больных.

Клиническая беседа

Несмотря на то, что метод клинической беседы относят к диагностическим методам, он имеет и психотерапевтический эффект. Так, клиническая беседа, с одной стороны, направлена на изучение отношения пациента к болезни и социально-психологической ситуации в связи с заболеванием; с другой стороны, в процессе беседы у больного появляется возможность выговориться, озвучить свои страхи, структурировать свои переживания и, тем самым, уже снизить эмоциональное напряжение.

Клиническая беседа направлена на получение от больного сведений для оценки его личности как сложившейся системы отношений с различными аспектами действительности и с самим собой. Клиническая беседа касается вопросов, включающих психологический анамнез болезни и жизни [3]. Психологический анамнез болезни собирается путем разговора с больным о его реакциях на заболевание, отношении к лечению и страхах с ним связанных: психологом оценивается качество имеющейся у больного информации о заболевании, степень признания его злокачественности, а также выясняются представления самого больного о заболевании, его причинах, мотивах выздоровления, наличие личностного смысла болезни. При этом существенной является оценка того, насколько болезнь изменила сложившуюся до болезни систему отношений человека: рассчитывает ли больной на поддержку семьи, испытывает ли он трудности при сообщении о своем диагнозе другим людям, как оценивает свои взаимоотношения со значимыми другими в связи с заболеванием, к жизни в целом и т.п. Психологический анамнез жизни предполагает беседу с больным по следующим темам: наиболее тяжелые события прошлой жизни и реакции на них, профессиональное становление, развитие семейных и интимных отношений, отношение с ближайшим окружением вне семьи.

Кризисная интервенция

Кризисная интервенция – это, прежде всего, работа с интенсивными чувствами и проблемой, обусловленной актуальной ситуацией (утрата здоровья, интенсивный страх перед процедурой, страх утраты женственности и т.п.), но не с личностными проблемами больного (застарелыми обидами, внутренними конфликтами). Задача психолога – не отвлечь больного от пика переживаний, а дать ему возможность выразить свои чувства и, тем самым, уменьшить хаос: умственную и эмоциональную дезорганизацию и облегчить восстановление контроля над происходящим. В данном случае психолог использует техники эмпатического и активного слушания, в том числе, отражение чувств, перефразирование, присоединение чувств к содержанию,

вводные слова, прояснение, отражение собственных чувств. Использование навыков слушания позволяют сформулировать психологическую проблему пациента или переформулировать ее таким образом, что появляется возможность работать с ней.

Кризисная интервенция также используется при работе с больными, склонными к суициду.

Техники саморегуляции

Техники саморегуляции – система обучающих методик, направленных на формирование внутренних средств управления собственным эмоциональным состоянием путем воздействия больного на самого себя с помощью слов (аффирмация), мысленных образов (визуализация), управления мышечным тонусом и дыханием.

- **Дыхательные упражнения.** Дыхание напрямую связано с эмоциональным состоянием человека. Основой дыхательной гимнастики является строго заданный ритм. Метод дыхательных упражнений, призванный снизить напряжение, базируется на глубоком размерном дыхании.
- **Методы релаксации** направлены на то, чтобы вызвать реакцию мышечного расслабления, для которой характерно сниженная активация и уменьшение симпатической активности. Реакция релаксации достигается за счет концентрации внимания пациента на слове, звуке, телесных ощущениях или мышечной активности и принятия пассивного отношения к вторгающимся мыслям. Методы релаксации могут быть разделены на глубокие и поверхностные. При этом используются следующие стратегии: прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательный тренинг. При использовании метода релаксации необходимо учитывать риск побочных реакций в виде навязчивых мыслей, страха потери контроля, мышечных спазм, тревоги и паники у пациентов с генерализованными

тревожными или паническими расстройствами в анамнезе, с опытом переживания состояния гипервентиляции [8].

- **Биологическая обратная связь** (БОС) – это обучение управлению своими физиологическими реакциями на стресс и боль под контролем сознания. При этом датчики регистрируют один или несколько физиологических показателей, которые коррелируют с состоянием пациента. Это могут быть поверхностная электромиограмма (ЭМГ), регистрирующая мышечное напряжение в заданной мышце, параметры дыхания, частота сердечных сокращений, кожно-гальваническая реакция (КГР), периферическая температура. Пациент на экране в режиме реального времени видит изменение показателя и учиться управлять своей физиологической реакцией. Так, БОС по ЭМГ нацелена на группы мышц, связанные с реакцией пациента на боль. Расслабление этих мышц помогает вызвать реакцию общего расслабления, которая может далее изменить восприятие боли или уменьшить тревогу. БОС можно использовать для любого мотивированного онкологического больного с болью или тревогой при наличии ресурса и возможности участвовать в работе. При этом следует учитывать, что пациенты с хронической или рецидивирующей депрессией могут отрицательно отреагировать на методы снижения уровня стресса, поскольку они имеют тенденцию уменьшать и так низкий уровень активации пациента [8].

Динамическая психотерапия

Динамическая психотерапия - предполагает работу с вытесненными переживаниями больного, аффективный аспект которых актуализируется в связи с ситуацией болезни. Онкологическое заболевание с последующими социальными и психологическими изменениями является своего рода «пусковым механизмом» для актуализации психогенных реакции страха, тревоги, ипохондрии. При этом психогенные реакции являются «симптомами» внутренней адаптационной работы психического аппарата

человека. Целью психоаналитической психотерапии является возвращение и осознание вытесненного психического материала, непосредственное восприятие реальности и эмоциональный опыт терапевтических отношений [4, 5].

Психодинамическое направление предполагает длительный психотерапевтический процесс по времени, которого, к сожалению, у онкологического больного может и не быть. Вместе тем, данный терапевтический подход присутствует в работе медицинского психолога эклектически. Так, психоанализ и глубинная психология являются теоретической основой работы с внутренним образным опытом человека – его воспоминаниями, воображением, сновидениями.

Работа с образами

В современной психотерапии практически нет направления, которое не обращалось бы к работе с помощью образов. Работа с образами основана на использовании функций образного мышления и воображения, активно продуцируемых пациентом в процессе психологического консультирования, и представляет собой целый арсенал психотерапевтических приемов для работы с внутренним пространством человека.

- Визуализация - собирательное название психотерапевтических приемов, направленных на воссоздание и управление зрительными образами во внутреннем, субъективном пространстве человека. Возможности применения метода визуализации определяются той теоретической концепцией, в рамках которой разработан основной психотерапевтический метод, составной частью которого они являются. Образы визуализации в психоаналитической психотерапии рассматриваются как одна из форм получения материала для анализа
- Символдрама (направленное воображение) – одно из направлений аналитически ориентированной психотерапии. В основе метода – свободное фантазирование. Больной рисует в воображении картину на заданную тему (мотив) и мысленно перемещается в нее, рассказывая

психологу (психотерапевту) о своих чувствах и ощущениях. Психолог (психотерапевт) сопровождает его в этом «путешествии». Он задает уточняющие вопросы или просит произвести определенные действия, что помогает выявить психологические механизмы защиты, разрешить бессознательные конфликты. В символдраме возможно создание символического образа значимого переживания (например, образ онкологического заболевания) и последующая его проработка на эмоциональном уровне для переоценки отношения к нему.

Гештальт-терапия

Гештальт-терапия предлагает экспериментальный путь работы с образами, которые субъект запомнил из своего сновидения, что является актуальным в работе психолога в онкологии. Даже если онкологический больной не принимает болезнь и воспринимает ее как внешнее событие по отношению к своей личной истории, то это не означает, что не происходит осмысления ситуации - бессознательно больные пытаются овладеть смыслом заболевания. Так, онкологические пациенты нередко в психотерапевтическую беседу приносят рассказ о сновидениях. В гештальт-терапии каждый элемент сновидения рассматривается как потенциальный источник содержания, связанного с определенным аспектом реального существования пациента: объекты сна, отдельные его фрагменты «проигрываются» и используются для интеграции личности.

Гештальт-терапия, наряду с работой со сновидениями, включает в себя большое количество вербальных и невербальных методов работы, среди них - усиление телесных реакций, «пустой стул», работа с метафорами и др., направленные на расширение осознания человеком себя (своих чувств, потребностей, телесных процессов, мыслительной деятельности) и внешнего мира. Фокусирование внимание пациента на осознании свершающегося «здесь и сейчас», его включенность в нюансы текущего момента жизни при условии безоценочного восприятия обуславливает достижение большей

наполненности и осмысленности жизни больного, развивает его способность принимать то, что есть в его жизни сейчас как нечто ценное и преходящее.

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия направлена на восстановление искаженного восприятия оценки себя и окружающего мира, избавление от навязчивых мыслей. В данном подходе выделяются когнитивные и поведенческие методы, применяемые у онкологических больных, в частности при лечении посттравматического стрессового расстройства [7].

- Когнитивная переработка травматических переживаний в связи с заболеванием основана на предположение, что дезадаптивная симптоматика вызывается разрушением стабильной картины мира и конфликтом между новой информацией и старыми представлениями. В ситуациях онкологического заболевания речь идет о реальной угрозе для жизни, чувстве опасности, снижении самооценки, новой социальной роли, изменении близких отношений. Эти когнитивные конфликты могут быть причиной навязчивых мыслей, физиологического перевозбуждения и избегающего поведения. Следовательно, главная задача терапии — идентификация и модификация конфликтов между старыми представлениями и новой информацией. В когнитивно-поведенческом подходе визуальные образы являются эквивалентами когниций, совместно составляющими, так называемый, план автоматизированного мышления, элементом которого может быть «самопредвидение» - непроизвольное создание образа возможных, как правило, негативных, последствий.
- Метод визуализации в данном подходе включает в себя создание исцеляющих образов. Например, пациент в сопровождении психолога учится представлять то, что происходит в его теле и разрабатывает исцеляющую символику – совокупность образов, которые помогают справиться с заболеванием. Широко применяется в онкологии методика визуализации, разработанная Саймонтоном К. и Саймонтоном С.: пациент представляет, как лейкоциты разрушают опухолевые клетки, как мертвые

клетки выводятся из организма, мысленно визуализирует изменение опухоли в размерах: представляет, как получаемое лечение снижает уровень боли; представляет себя бодрым, здоровым, полным энергии. Данная методика помогает пациенту ощутить контроль над своим выздоровлением [6].

- Постановка пациентами целей и задач на будущее – это важный компонент психотерапии, так как не только способствует удовлетворению потребностей пациентов, но и становится первой попыткой сознательно сформулировать причины, по которым пациент хочет жить. Названные причины переходят в мотивы выздоровления конкретного пациента, и тем самым восстанавливается его связь со своей жизнью. Этот процесс служит эмоциональной и интеллектуальной подготовкой к действиям, в которых должно укрепиться решение человека выздороветь.
- Техника декатастрофизации. Даже если пациент находится в ремиссии и пережил диагностированный врачами срок жизни, и если у него не выявлены никакие признаки болезни, у него постоянно существует вероятность рецидива заболевания с летальным исходом. Техника декатастрофизации направлена на преодоление страха рецидива.

Нарративная (повествовательная) терапия

Нарративная (повествовательная) терапия основана на идее о том, что жизнь и отношения людей формируются знаниями и историями, которые были созданы сообществом людей и привлекаются этими людьми для осмысления и описания их опыта. В ходе беседы пациент пересказывает историю своей жизни, события которой в ходе терапии представляются в несколько иной последовательности на некотором временном промежутке. Основная форма работы в данном подходе – пересочинение истории, создание пациентом своей авторской позиции посредством вопросов, задаваемых психологом и направленных на развитие истории, но уже с позитивным для больного эффектом. Основные психотерапевтические приемы: экстернализация, деконструкция, восстановление участия пациента

в создании своей истории жизни, работа с внешними свидетелями, написание писем и создание летописей.

Библиотерапия

Библиотерапия - коррекционное воздействие на больного с помощью чтения специально подобранной литературы в целях нормализации или оптимизации его психического состояния.

Сказкотерапия

В сказкотерапии основным инструментом выступает именно сказка. Все сказочные персонажи – это архетипические образы, которые обращаются одновременно к двум психическим уровням: сознательного и бессознательного. Считается, что работу во время сказкотерапевтической сессии можно классифицировать по направлениям: психодиагностическое - выявление имеющихся жизненных сценариев и стратегий поведения (анализ базовых жизненных сценариев и стратегий поведения), прогностическое - диагностирует возможное развитие событий на основе анализа диагностической сказки, терапевтическое - "замещение" неэффективной стратегии / сценария на конструктивную.

Сказкотерапия позволяет свободно синтезировать и применять техники других направлений психотерапии, в том числе арт-терапии.

Арт-терапия

Арт-терапия – метод психотерапии, использующий творческую активность пациента при работе с болезненными переживаниями. При этом признается естественным то, что сознание человека хочет «ускользнуть» от болезненных переживаний, поэтому психолог предлагает эти переживания нарисовать, слепить, изобразить и т.п. Для помощи пациенту в этом процессе психолог задает, например, такие вопросы: «На что похожа боль, какого цвета, размера, как она ощущается в теле и т.п.?» Все это позволяет человеку сосредоточиться и выразить свои переживания: чем точнее и детальнее больной может представить - ощущение, чувство – тем глубже он его переживает. Работа по методу арт-терапии основана на проекционных

механизмах психического аппарата человека: пациент с помощью рисования бессознательно «сообщает» психологу о переживаниях, с которыми он столкнулся и которые не может вербально выразить. В этом смысле инструменты арт-терапии являются эффективным способом отреагирования негативных эмоций, выражать которые пациент не умеет конструктивно (например, агрессию, чувство вины, психическую боль). Техники арт-терапии используются при работе с человеком, находящимся в кризисном состоянии, имеющим психическую травму, переживающим утрату.

В арт-терапии широко применяется рисование, лепка, музыка, фотография, кино, литературное творчество.

Экзистенциальная терапия

Онкологическое заболевание неизбежно сталкивает самого больного, его семью, ближайшее окружение с экзистенциальными проблемами, которые в обычной жизни могут быть скрыты. Экзистенциальные переживания у большинства больных проявляются в виде душевной боли, в чувстве несправедливости судьбы, в отчаянии, одиночестве, в субъективно значимой потребности «придать болезни смысл». С одной стороны, существует мнение, что психологу важно быть эмпатичным и осторожным по отношению к потребности пациента находить смысл своей болезни и страданий, не усиливать, характерные для него чувства вины и стыда. С другой стороны, обсуждение с онкологическим больным реальных и мнимых шансов, упущенных им в своей жизни, может привести к подлинной проработке этой темы и позволит ему горевать [10]. Люди в ситуации болезни чувствуют важность для себя размышлений о своем внутреннем одиночестве, о конечности и смысле жизни, об ответственности за свою жизнь. Как результат таких обсуждений у больных, по их словам: «Пробуждается воля к жизни», «Когда делишься горем, из этого вырастает что-то большее, чем горе».

Логотерапия

Одним из видов экзистенциальной психотерапии является логотерапия (греч. «логос» - смысл и «терапия» - забота, уход, лечение). У онкологического больного всегда возникают вопросы «За что мне болезнь? Почему я?», которые могут постепенно трансформироваться в следующие: «В чем смысл моей болезни? Что есть Я? Что есть моя жизнь?», «В чем смысл жизни?». С позиции логотерапии именно поиск ответов на эти вопросы мотивирует человека жить, так как поиск смысла - главная движущая сила жизни и основной ресурс совладания с любыми жизненными ситуациями. При этом, независимо от обстоятельств, смысл существует объективно в каждом моменте жизни и он уникален для каждого: уникальный смысл жизни можно найти только самостоятельно в творчестве, переживаниях и сознательном принятии тех обстоятельств, которые невозможно изменить. Центральная проблема в логотерапии – это проблема ответственности: человек свободен в своем выборе смысла, но, найдя его, он несет ответственность за существование своего уникального смысла. Основные методы логотерапии: метод дерефлексии (человеку рекомендуется переключить внимание с самого себя на смыслы и ценности, которые он может воплотить в окружающем мире); неспецифический метод парадоксальной интенции (целью является сделать пациента способным разграничить реальные переживания от «надуманных» и дистанцироваться от последних, при этом нередко используется чувство юмора); персональное осмысление жизни (человеку, утратившему смысл жизни, показать, что он нужен другому человеку, что жизнь без него теряет для другого смысл.).

Двигательная терапия

У современного человека нередко отсутствует контакт со своим телом, однако возникновение болезни вынуждает его сосредоточиться на симптомах неблагополучия, идущих от тела (чувственный компонент отношения к болезни). У онкологического больного порой формируется двойственное отношение к своему телу: с одной стороны, присутствует стремление

избегать встречи с источником боли вплоть до отчуждения от собственного тела, ощущения предательства с его стороны. С другой стороны, у больного может возникать чувство вины за пренебрежительное отношение к своему телу. Онкологическому пациенту трудно выразить свои ощущения и представить свое тело. Он часто не осознает ту часть своего тела, где развивается опухоль [9]. Включение в общий комплекс психологической помощи способствует нормализации телесной экспрессии, гармонизации восприятия своей телесной идентичности, а также разрешению глубинных личностных конфликтов. Исходной теоретической предпосылкой двигательной терапии является тезис о том, что движение тела является основой всех жизненных проявлений, включая когнитивные и эмоциональные [5].

Десенсибилизация и переработка движением глаз

Десенсибилизация и переработка движением глаз (ДПДГ) - в основе лежит модель переработки информации, согласно которой у всех людей существует особый психофизиологический механизм, обеспечивающий переработку информации, в том числе эмоциональной, связанной со стрессами. Эти процессы в норме происходят у человека на стадии сна, сопровождающейся быстрыми движениями глазных яблок. Если по каким-то причинам информационно-перерабатывающая система блокируется, переработки травматического опыта не происходит. При этом нейронные структуры, хранящие в неизменном виде дисфункциональный материал, изолируются от других участков коры головного мозга. Цель терапии - переработать эти стрессовые воспоминания: во время фазы переработки концентрация пациента на тревожащих воспоминаниях сочетается с направляемым терапевтом движением глаз, что запускает процессы, аналогичные происходящим во сне. В настоящее время в связи с возникающими у пациентов сложностями в одновременном выполнении двух действий (фиксации взгляда на движущейся ручке и повторном проживании психотравмирующих событий) существуют различные модификации ДПДГ.

Так, движение глаз чередуется со специально подобранной техникой, а также возможна полная замена движения глаз дыхательными движениями, при этом мышечное напряжение и произвольные движения устраняются применением экспрессивных техник гештальт-терапии (простое повторение, преувеличение, развитие).

Индивидуальные психотерапевтические консультации направлены на проработку индивидуальных проблем, связанных с заболеванием. В некоторых случаях индивидуальные консультации способствуют развитию психологической готовности для групповой работы.

Работа в группе дает пациенту возможность делиться своими переживаниями с другими, научиться давать поддержку друг другу, убедиться, что он не одинок и получить опыт решения похожих проблем. Возможность выразить и разделить свои переживания с другими людьми в особой групповой атмосфере дает пациенту силу и энергию.

Во время психотерапевтической работы необходимо помнить об индивидуальном подходе к каждому больному и корректировать ход терапии в зависимости от актуальной ситуации: нельзя ожидать одинаково хороших результатов психотерапевтических воздействий, применяя одинаковые психотерапевтические техники для всех больных, имеющих определенное заболевание. По мнению Г. Айзенка, не любой психотерапевтический метод может быть эффективен и безопасен при работе с онкологическим больным [1].

Также следует отметить, что психологическая помощь медицинского психолога не является необходимой каждому онкологическому пациенту, так как нельзя недооценивать личность самого больного в процессе адаптации к заболеванию. Вместе с тем, профессиональная психологическая помощь должна быть доступна каждому онкологическому больному.

Кроме того, для полноценной психологической реабилитации желательны, а в ряде случаев необходимы, психологические консультации членов семьи и родственников больного.

Таким образом, психологическая помощь пациентам и их близким в ситуации онкологического заболевания включает в себя следующее:

- работа с актуальными переживаниями, сопровождающими онкологическое заболевание (тревога, беспокойство, страх, раздражительность, сниженное настроение вплоть до апатии и др.),
- деконструкция неэффективных психологических защит, поиск внутренних личностных ресурсов;
- обучение техникам саморегуляции, релаксации;
- формирование адекватного отношения к болезни с целью психологической адаптации к заболеванию;
- расширение диапазона поведения в сложных жизненных ситуациях и грамотное использование внешней поддержки;
- обращение к глубинным переживаниями (обида, чувство вины и т.п.);
- работа с экзистенциальными переживаниями (смысл жизни, одиночество, ответственность).

Литература:

1. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. - 1994. - Т. 14, № 4. - С. 3-19.
2. Бочаров В.В., Карпова. Э.Б., Чулкова В.А., Ялов А.М. Экстремальные и кризисные ситуации с позиции клинической психологии // Вестник СПбГУ. - 2010. - Сер.12, вып.1. - С. 9-17.
3. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение // СПб. – М.: Изд. Центр «Академия». - 2003. – 736 с.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология // СПб.: Питер, 2002. - 959 с.
5. Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер. - 2000. – 1019 с.
6. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака.– СПб: Питер. - 2001. – 288 с.
7. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С., Падун М.А., Шаталова Н. Е. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. - М: Изд-во «Институт психологии РАН». - 2010. - 175 с.

8. Чулкова В.А., Васильева Н.Г., Черненко О.А. Боль при онкологических заболеваниях и психологические методы ее коррекции // Вопросы онкологии.-2016.-Т.62, № 4 – С.529 - 534.
9. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Душевный мир онкологического больного // Вопросы онкологии. – 2010. –Т.56, №1 – С. 83-87.
10. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия. - М.: Изд-во «Класс». 1999. - 576 с.

8.2. Модель психологической помощи онкологическим пациентам

Чулкова В.А., Пестерева Е.В.

В ситуации онкологического заболевания перед больным возникает психологическая задача адаптироваться к болезни. Адаптация к онкологическому заболеванию состоит в возможности жить в условиях болезни и принимать все те перемены, которые она вносит или может внести в жизнь. В процессе адаптации больной использует, как уже было указано в 4 главе, различные бессознательные защитные механизмы и неосознанные и сознательные психологические стратегии совладающего поведения (копинг-стратегии).

Обращение за профессиональной психологической помощью – это еще одна из возможностей для больного справиться со сверхсильным стрессом и разрешить жизненный кризис. Необходимо заметить, что нередко пациенты, испытывая мучительные и сверхсильные переживания и стремясь снизить душевную боль, обращаются за психологической помощью в надежде на то, что психолог неким «чудесным» образом сможет сделать так, что ситуация не будет столь непереносимой. Однако следует признать, что для разрешения экзистенциальных и других психологических проблем, возникших в связи с болезнью, требуется огромная внутренняя работа самого пациента.

Психологическая помощь основана на положении о том, что для решения жизненных проблем у человека всегда есть ресурс, который находится внутри самого человека, но к которому у него не всегда есть доступ [5].

Фокус внимания медицинского психолога в работе с онкологическим пациентом направлен на личность заболевшего человека, и он основывает свою работу, апеллируя не к болезненным проявлениям, а к личности больного, к его возможностям адаптироваться к ситуации заболевания. Задачей психолога является формирование отношений с онкологическим пациентом таким образом, чтобы в процессе их взаимодействия больной, переживая, смог соприкоснуться с травмирующими обстоятельствами своей жизни и обнаружить в себе внутренний ресурс, чтобы воспользоваться им.

В этой связи возрастает роль ответственности психолога к работе, которая состоит, в первую очередь, в создании безопасного для пациента пространства. Психолог не может «исправить» чувства больного, «вылечить» его, но он может создать условия, в которых больной способен страдать, открыто выражать чувства, независимо от того, какие они и на кого направлены. В терапевтическом пространстве больной может выражать страх по поводу заболевания, своего прошлого и будущего, говорить о суициде, делиться самыми «бредовыми» идеями по поводу причин своего заболевания и своими «застарелыми» обидами (некоторые идут с самого раннего детства). Больной может проявлять себя таким образом, который не соответствует социально приемлемым нормам в его понимании. Наконец, больной может соприкоснуться с экзистенциальными проблемами (главной из них – проблемой смерти) и рискнуть отправиться в «путешествие» в глубины своего Я.

Создание такого пространства - это не только профессиональная ответственность, но и требование к личности психолога: необходимо стремиться отслеживать свои чувства и сверяться с ними, осознавать свои мотивы и потребности (почему я выбрал работу с онкологическими больными, какие потребности я реализую в этой деятельности), свои экзистенциальные проблемы. На наш взгляд, честные ответы самому себе на эти вопросы и возможность размышлять над данными проблемами позволяют психологу соответствовать своей подлинности. Нельзя сказать,

что в пространстве взаимодействия психолог и онкологический больной находятся в равных позициях: у них разные жизненные ситуации, но вместе с тем, они одинаково открыты новому опыту. При этом психолог «обогащается» не за счет пациента, а в результате своей внутренней работы [6].

У онкологического больного существует глобальная психологическая проблема – принятие злокачественного характера заболевания, которая также влияет на принятие лечения и во много определяет адаптацию больного к заболеванию. При этом разрешение этой проблемы может быть длительным, и оно не всегда соответствует информированию больного о диагнозе болезни.

Наш опыт показывает, что больной в процессе адаптации к заболеванию проходит три фазы динамики психического состояния [6]. Деление на фазы условно, и количество времени, необходимое пациенту на проживание любой из них, индивидуально: у каждого больного свой темп продвижения в процессе адаптации. Необходимо принять во внимание то, что фазы динамики психического состояния могут не соответствовать этапам лечения и течения заболевания.

При оказании психологической помощи психологу необходимо учитывать, что ситуация онкологического заболевания, как было показано в 4 главе, может рассматриваться как экстремальная и как кризисная. Несмотря на то, что переживания больных в обоих случаях являются мучительными и предельными по своей силе, психологическая помощь при этом различна. Также она разнится в зависимости от фазы динамики психического состояния пациента и, главным образом, зависит от той психологической задачи, которая решается онкологическим больным на определенной фазе в процессе адаптации. Таким образом возникает своеобразная модель психологической помощи онкологическим больным.

Первая фаза динамики психического состояния. Перед больным стоит психологическая задача принятия факта - «я болен». Это, в первую

очередь, касается больных, у которых есть отрицание болезни. Чаще всего они не обращаются за профессиональной психологической помощью, так как живут в реальности, где нет рака, и их задача «удержаться» в этом состоянии. Их жесткая психологическая защита в виде отрицания в некоторой степени позволяет снижать напряжение, и сильных чувств в отношении заболевания они не испытывают. В некоторых случаях психологическая защита начинает «давать сбой». Больные могут, отрицая болезнь, обратиться к психологу сами или их направляют врачи по поводу каких-то симптомов (например, боль, которая не связана с соматическими проявлениями болезни). Другие из них обращаются к психологу с проблемами, не связанными напрямую с заболеванием (например, взаимоотношения с кем-то из близких). Психолог работает с тем, с чем к нему обратился пациент. И иногда в безопасных условиях терапевтического пространства в процессе работы над симптомом или проблемой может произойти принятие факта заболевания.

Гораздо чаще обращаются пациенты, информированные о заболевании и испытывающие в этой связи сильные чувства, с которыми подчас не могут справиться. Эти больные принимают заболевание на когнитивном уровне, но на эмоциональном уровне они его принять не могут («умом понимаю, чувствами принять не могу»). Эмоциональное принятие болезни возможно в процессе переживания. Психолог в данном случае создает для больного безопасное пространство для выражения чувств. В этом безопасном пространстве пациент начинает говорить о том, что его тревожит и страшит. Психолог, присутствуя в этом пространстве, с большой осторожностью помогает выражать чувства, не пытаясь успокоить больного и тем самым снизить «накал» чувств. Сила чувств может быть настолько велика, что у больного возникает страх «сойти с ума», страх разрушения. Невыраженные чувства трансформируются во внутреннее напряжение. В этой ситуации психологу важно показать больному, что все его чувства нормальны и адекватны, «ненормальна» сама

ситуация онкологического заболевания. Психолог своим присутствием дает ощутить больному, что мир не разрушился. «В кабинете психолога я наконец-то расплакалась по-настоящему. Я плакала, не сдерживая своего горя, размазывая сопли по лицу, рукавам черного свитера, не стесняясь своей непривлекательности, жалкой беспомощности. И говорила, говорила, говорила» (из дневника больной С., 44 г.). Больной выражает свои чувства в процессе рассказывания истории: о симптомах и причинах болезни, которые подчас являются иррациональными, но необходимыми в процессе принятия факта болезни, о встречах с врачами, об отношениях с близкими и о своей жизни.

Всегда имеются больные, которые удерживают себя от выражения чувств. Это больные с алекситимией. Другие же, следуя культурным традициям, считают для себя неприемлемым сильное выражение чувств, и им требуется «разрешение» на их выражение.

Следует учитывать некоторые особенности больных, находящихся в терминальной стадии. Эти больные постоянно думают о своей болезни [7]. Их одолевают мысли о смерти, страх смерти переполняет их. Они не могут об этом говорить с врачами, так как врачам, согласно нашим исследованиям, очень трудно говорить о смерти с больными. Для родных и близких разговоры о смерти являются «табу», им кажется, что больному тяжело говорить о смерти и что разговоры о ней могут причинить ему боль. Но именно в этих разговорах больные нуждаются. Они чувствуют себя очень одинокими. Порой психолог – это единственный человек, с кем у них есть возможность говорить о том, что наболело: «Для меня было важно сказать об этом вслух» (больная П., 36 л.) (комментарий авторов: «об этом» - это о смерти, о страхе смерти). Психологу не следует самому предлагать тему («Давайте поговорим о смерти»), какой бы важной она ему не казалась. Он следует за пациентом, он не может изменить мысли и чувства больного, а позволяет им быть.

Успокоение, снижение напряжения происходит тогда, когда больной выразит и проговорит то, что его беспокоит в настоящий момент.

Далеко не все пациенты сразу обращаются за помощью, они пытаются справиться сами. Так, например, больная после сообщения диагноза уехала на залив и до усталости ходила, ходила по берегу, слушая шум волн и наблюдая за природой.

Следует подчеркнуть, что психолог помогает больному не только выражать чувства, но и осознавать, какие это чувства. Осознание чувств, переживаний – это первый шаг к контролю своего состояния в ситуации неопределенности. Использование различных арт-терапевтических техник может помочь больным в выражении и осознании чувств.

Ситуация постепенно из невыносимой превращается в более переносимую. Появляется понимание того, что необходимо действовать и проходить лечение, «слезами горю не поможешь». Эмоциональное напряжение больных на этой фазе снижается, им психологически становится легче, и некоторая часть больных за психологической помощью больше не обращается.

Для психолога важно сохранить контакт с больным, который дает возможность вновь обратиться за помощью, но когда и при каких условиях это произойдет – решает сам пациент.

Вторая фаза динамики психического состояния. Произошло принятие болезни, появилась новая идентичность («Я - больной»). У больного возникает желание лечиться и контролировать ситуацию заболевания и жизнь в той мере, в какой это возможно, и так, как он это понимает. Он интуитивно чувствует, что у него есть внутренний потенциал, который не используется в лечении. В этот период больной приобретает новый опыт, который позволяет ему жить в изменившейся жизненной ситуации.

С помощью обучения и использования релаксации у больного появляется возможность в определенных пределах контролировать свое

состояние и настроение. Применение направленного воображения, визуализации позволяют ему воздействовать на большую часть тела и организм в целом.

Онкологический пациент, сравнивая свое прошлое с невыносимым настоящим, оценивает его как хорошее, но на чувственном уровне он ничего хорошего вспомнить не может: «ничего хорошего не было». В этой связи больному необходимо помочь «увидеть» свои жизненные достижения и успехи, эти воспоминания дают ему силу и энергию. Медитация по типу «оживление приятных воспоминаний» позволяет больному увидеть в прошлом что-то хорошее, свои достижения, увидеть свою жизнь не фрагментарно, а целостно, замечая светлые и мрачные стороны. Больному также важно помочь найти хорошее в настоящий момент, это позволяет ему учиться жить в настоящем.

Больной уже способен не только выражать, но и обсуждать свои чувства, и психолог может использовать некоторые техники (в том числе гештальт-терапию), которые помогают обратиться к затаенным чувствам (например, обидам), научиться их принимать, что увеличивает диапазон реагирования.

Чем лучше контролирует пациент свое состояние в ситуации заболевания, тем больше он чувствует свою ответственность за свою жизнь и свое здоровье. И этому во многом может способствовать взаимодействие больного с психологом.

Для пациентов, переживающих ситуацию заболевания как экстремальную, обычно на второй фазе заканчивается работа с психологом. Таких больных большинство.

Несмотря на то, что у психолога есть большой соблазн продолжать работу в сторону дальнейших изменений, нужно остановиться, так как выбор стоит за пациентом.

Больные, воспринимающие ситуацию заболевания как кризис, могут продолжить свою работу с психологом, и это будет третья фаза.

Третья фаза динамики психического состояния. Психологическая работа, направленная на самоизменение, реконструкцию личности больного, личностный рост является наиболее длительной и разнообразной по содержанию. Пациент, переживающий ситуацию онкологического заболевания как кризис, прошел описанные выше фазы. С чего бы не начиналась работа на третьей фазе: работа с телом, осознание конечности жизни, построение новых отношений и т.д. (психолог идет вслед за тем, что предлагает ему пациент), больной через обращение к аутентичности приходит к новой интеграции.

У больного в кризисной ситуации возникают вопросы: «За что мне такая болезнь?», «Какой смысл моей болезни?», «Кто я как человек?», «Кто я в этом мире?». «Значит я жила как-то не так, если у меня с 28 лет постоянно что-то из организма вырезают?» (больная М., 45 л.). «Я ведь впервые стала заглядывать в себя» (больная Т., 42 г.). Эти раздумья обращают человека к экзистенциальным вопросам: «Что есть моя жизнь?», «В чем смысл моей жизни?», «Что такое смерть для человека?».

Психолог может использовать разнообразные терапевтические техники – арт-терапию, ведение дневника, внутренний диалог, библиотерапию – все, что позволяет человеку развиваться и способствует его личностному росту.

«В книге Стивена Левина «Кто умирает?» (ставшей для меня одним из «спасительных крючков») я нашла интересное изложение учения хасидов [4]. Само учение основано на вере в то, что человек родился для одного единственного, самого главного, экзаменационного события своей жизни. Цель в том, чтобы его заметить, выделить в постоянно меняющейся череде других и быть на высоте в момент испытания. Никто, включая вас, не знает, когда это произойдет, и в чем будет состоять экзамен, но именно тогда может вспыхнуть ответ на мучающие нас *вопросы о смысле бытия*. Простая внимательность здесь не годится, нужно быть предельно собранным и бдительным – всегда начеку – нужно буквально поджидать,

выслеживать, отлавливать свое мгновение, как некую хитроумную дичь, а для этого *нельзя откинуть*, не проверив, ни одного другого – *пусть даже самого малого – движения жизни – необходимо постоянно в ней участвовать*. Только мне кажется, что мы всегда либо упускаем нашу минуту, либо умираем, ибо как после этого жить – не сплеховавшему – пожалуй, существует лишь «томление по ангельскому чину», сам же чин неподъемен. И вот теперь – вдогонку упущенному – *я хочу все заново переиграть у себя в голове и все-таки ухватить потерянный смысл*» (из дневника больной С., 44 г.) (курсивом выделено авторами).

Психолог не навязывает больному своего мнения о том, как жить дальше, а предоставляет ему возможность творчества по отношению к его собственной жизни. Присутствие и вовлеченность психолога превращают внутренний монолог больного в диалог с психологом, который затем заново интериоризируется. Чуткое бытие психолога рядом с больным, позволяет последнему соприкоснуться с самим собой, со своей подлинностью. Ситуация заболевания, связанного с витальной угрозой, когда все социальные роли и маски перестают иметь значение, способствует данному соприкосновению. У больного появляется возможность построения новых отношений с близкими людьми: «Прошедший год был самым лучшим для меня, все изменилось: я испытал действительную близость к жене, к сыну» (больной К., 26 л.), «У меня возникло невероятно чувство любви ко всем, и оно не делает меня слабой, а дает силы» (больная Н., 48 л.).

Размышляя о болезни, о ее месте и роли в их жизни, больные постепенно воссоздают свою жизнь с учетом заболевания. Обращение к себе и обсуждение экзистенциальных вопросов позволяет человеку обозначить то, что помогает ему выживать («спасительные крючки»). Человек совершает «путешествие» внутрь себя, и «неважно, как ты путешествуешь,... ты всегда чему-нибудь учишься, учишься перемене своих мыслей» [3].

«После болезни я стала более живой» (больная Н., 47л.). Конечно же, больная имела в виду не то, что она была умирающей, а стала живой. Речь идет совсем о другом: что значит быть по-настоящему живым? И как удивительно перекликаются слова больной с тем, о чем пишет известный психотерапевт Дж. Бьюдженталь: «Я задаю старый вопрос: что значит быть живым? Я слушаю своих друзей, учителей и пациентов, которые сражаются со смертью, живущей в них, и пытаются достичь уровня более интенсивной жизни, которая находится внутри них... То, что мы можем сделать, - это понять с помощью своего внутреннего сознания, как можно по-другому переживать свое существование... Быть по-настоящему живым – значит быть приговоренным к постоянному развитию, бесконечному изменению» [1].

Принятие личной ответственности за собственную жизнь как одного из критериев личностной зрелости и психического здоровья характерно для многих психологических и психотерапевтических школ: гуманистического психоанализа (Э. Фромм), гештальтпсихологии (Ф. Перлз), гуманистической психологии (А. Маслоу), экзистенциальной психологии (И. Ялом). Роль ответственной позиции личности в психотерапевтическом процессе подчеркивают такие выдающиеся исследователи как Г. Олпорт, Р. Мэй. Так, И. Ялом, проводивший групповые психотерапевтические встречи с онкологическими больными, сообщает, что повышение осознания собственной личностной ответственности за свою жизнь в значительной степени улучшало их психологическое состояние, уровень социальной адаптации. «Я убежден, что концепция принятия ответственности терапевтически показана любому раковому больному, даже при далеко продвинувшемся заболевании... Одни пациенты поддаются отчаянию и преждевременно умирают психологической смертью, а также, судя по данным некоторых исследований, и преждевременной физической смертью. Другие же... трансцендируют свою болезнь и используют надвигающуюся смерть в

качестве стимула к улучшению качества жизни» [8]. Данные клинических наблюдений могут свидетельствовать о том, что принятие больным ответственной позиции играет значительную, хотя и не всегда очевидную, роль в процессе лечения онкологического заболевания.

Исследования людей, проживших долгую жизнь, несмотря на наличие у них онкологического заболевания, выявляют у них следующие качества: 1) они могут выдержать неопределенность, на изменения смотрят не столько как на угрозу, сколько как на вызов, они не цепляются за привычное и открыты к построению новых отношений с миром; 2) им свойственен самоконтроль, осуществляемый ими через самостоятельные решения, поэтому они не чувствуют себя беспомощными перед жизнью; 3) они обнаруживают интерес к жизни, чувствуют себя включенными в осмысленные связи; 4) они следят за своим здоровьем, обращают внимание на свой внешний вид и самочувствие; 5) у них имеются надежные социальные связи [2].

Семья онкологического больного, также как и сам больной, находится в экстремальной или кризисной ситуации. Нам представляется, что работа с семьей онкологического больного должна строиться, так же как с онкологическим больным, при этом, естественно, необходимо учитывать особенности работы в семье.

Литература:

1. Бьюдженталь Дж. Наука быть живым. - М.: Независимая фирма «Класс». - 2007. – 336 с.
2. Каппауф Г., Вальтер М. Галльмайер. Во всем виноват Гиппократ. Пер. с нем. М: Эксмо. - 2002. – 415 с.
3. Керуак Дж. Сатори в Париже. Бродяги Дхармы. - М.: «Аналитика – Пресс». - 2002. – 416 с.
4. Левин Ст. Кто умирает? - К.: «София», Ltd. - 1996. – 352 с.
5. Мастерство психологического консультирования / Институт психотерапии и консультирования «Гармония» // под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. СПб.: ООО «Береста». - 2004. – 183 с.

6. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Психологическая помощь онкологическим больным // Вестник СПб университета. – 2010. - Вып. 1. - Сер. 12. – С. 185 – 191.
7. Чулкова В.А., Софиева З.А., Константинова М.М. Некоторые психологические аспекты в работе Хосписа// Развитие системы паллиативной помощи: опыт регионов. – Пермь: ГОУВПО ПГМА Росздрава. - 2005. – С. 145-152.
8. Ялом И. Экзистенциальная психотерапия.- Пер. с англ. - М.: «Класс». - 1999. – 576 с.

8.3. Психологическая помощь онкологическим пациентам на различных этапах лечения

Пестерева Е.В., Чулкова В.А.

Традиционно психологическая помощь в онкологии осуществляется медицинскими психологами и психотерапевтами на протяжении всего процесса лечения больного в стационаре. При этом, согласно проведенным клинико-психологическим исследованиям, учитываются специфические для каждого этапа лечения психологические проблемы онкологических пациентов и особенности формирования у них внутренней картины болезни, которая влияет на отношение к болезни и на способы адаптации к заболеванию [2, 4, 6]. В процессе лечения - от диагностического этапа до этапа выписки из стационара – у большей части больных происходит принятие злокачественного характера болезни [7]. Однако психологические исследования больных с различными локализациями опухолей показывают, что принятие болезни не всегда совпадает с этапами лечения болезни. Так, например, у части больных злокачественными лимфомами принятие болезни происходило не в процессе первичного лечения, а лишь при рецидиве заболевания [5].

С тех пор, как первые медицинские психологи стали работать в онкологических учреждениях, произошли изменения. Во-первых, в настоящее время практически все больные информированы врачами о диагнозе заболевания. Во-вторых, развитие медицинских технологий и

применение новых методов лечения в онкологии обусловили сокращение срока пребывания пациентов в стационаре, и сейчас у больного может не быть времени, необходимого для определенных категорий переживаний, которые связаны с заболеванием и лечением и которые важны для принятия болезни. Например, если у больного не было выраженных переживаний в предоперационном периоде, особенно при калечащей операции (вчера – госпитализировали, сегодня - прооперировали) - это не означает их полное исчезновение, а, напротив, будучи неотреагированными, данные переживания могут усиливать последующие. Редукция этапов лечения больного в стационаре нередко приводит к тому, что психологические проблемы каждого конкретного этапа лечения не разрешаются больным и, несмотря на информированность о диагнозе, переживания, связанные с принятием злокачественного характера болезни, нередко возникают, когда пациент уже выписан из стационара, что может способствовать развитию его дезадаптации. Необходимо учитывать, что процесс информирование о диагнозе болезни намного короче, чем процесс принятие болезни пациентом: для этого ему требуется время, наполненное переживаниями.

Психологу, работающему в онкологическом учреждении сегодня, необходимо учитывать вышеуказанные обстоятельства: незнание психологом специфических психологических проблем и переживаний больного на конкретном этапе лечения не позволяет ему увидеть развернутую картину динамики психического состояния пациента в процессе лечения.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на диагностическом этапе

На диагностическом этапе пациент сталкивается с предположением о наличии у него онкологического заболевания и необходимостью дать согласие на обследование. Как правило, на этом этапе переживания больных в большей степени определяются психологическими причинами, вызванными постановкой диагноза рака, нежели физическими, связанными непосредственно с болезнью. При этом на состояние больных влияет

локализация опухоли, темп ее роста, биологическое, иммунологическое, гормональное воздействие опухоли на организм. Однако в большинстве своем для онкологических пациентов характерно то, что они не чувствуют себя больными до обнаружения у них опухоли, не считают себя больными и не обращают внимания на признаки болезни, а порой они их даже игнорируют. В этой связи сообщение о заболевании раком является всегда неожиданным, внезапным, вызывает психологический шок. На фоне тяжелого потрясения, связанного с известием о наличии онкологического заболевания, начинается длительный процесс психологической адаптации заболевшего человека и формирования у него внутренней картины болезни (см. главу 4). При этом актуализируются психологические защиты, позволяющие пациентам сохранить собственную целостность (см. главу 4).

Основной задачей психологической помощи является формирование активной позиции больного для дальнейшего обследования и лечения. Созданию адекватной установки на лечение способствуют доверительные, поддерживающие отношения между врачом и пациентом. Врач, информируя больного о диагнозе, воздействует на его когнитивный компонент внутренней картины болезни. Следует подчеркнуть, что формирование внутренней картины болезни особенно сложно на этапе выявления онкологического заболевания, когда больные находятся в таком состоянии, что способность к объективному анализу ситуации и усвоению информации у них нарушена, а эмоциональный компонент отношения к болезни представлен чувствами страха, тревоги, беспокойства вплоть до паники. Эмоциональный компонент оказывает влияние на суждения пациента о болезни, что может проявляться как в виде неадекватной оценки больным своего состояния и собственных личных возможностей, так и в повышенной склонности больного к систематизации знаний и формированию концепций паранойяльного или ипохондрического содержания [3].

В этой ситуации работа психолога направлена на предоставление возможности больному выражать сильные негативные чувства. Психолог

использует кризисную интервенцию, арттерапию. На данном этапе также применяются методы когнитивной терапии, основной целью которой является изменение дезадаптирующих пациента убеждений относительно болезни и лечения.

Другой важной задачей может стать работа психолога с пациентами, отказавшимися от предлагаемого лечения. Отказ от лечения может быть продиктован неверием в возможности медицины в связи с отрицательным примером лечения кого-либо из близких, страхом перед предлагаемым лечением, удовлетворительным состоянием на настоящий момент или наличием у больного травмирующего опыта взаимодействия с врачами. Психологическая причина отказа может быть достаточно завуалированной, неявной и не всегда осознаваемой самим больным. Пациенты, склонные к отказу от лечения, нередко после установления диагноза избегают посещения врачей, однако знание диагноза не позволяет им жить привычной жизнью. Этим пациентам, в первую очередь, необходимо помочь выразить и осознать чувства и только затем переходить в рациональную сферу доводов и аргументов в отношении болезни и лечения.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на этапе госпитализации

На момент госпитализации большинство больных оказываются неподготовленными для преодоления сильнейшего стресса, вызванного обнаружением болезни и необходимостью серьезного лечения. Появляются бессонница, потеря аппетита, психическая напряженность, нередко наблюдаются депрессивные состояния, элементы деперсонализации, обусловленные, прежде всего, тревогой. С эмоциональными нарушениями тесно связаны изменения в когнитивной сфере: трудности в концентрации внимания, уменьшение объема внимания, ухудшение памяти.

Заболевший человек оказывается вырванным из привычной жизни, у него возникает необходимость приспособления к условиям существования в клинике, к новым лицам, к медицинскому персоналу. Особенно тяжело

протекает этап госпитализации у пациентов до этого редко болевших, социально активных. С одной стороны, изменение в связи с госпитализацией жизненного стереотипа и необходимость адаптации к условиям клиники могут порождать у больного чувство зависимости от медперсонала, от предписаний врача («От меня здесь ничего не зависит, я, как на конвейере»). С другой стороны, пациенты указывают на положительные факторы в связи с поступлением в стационар: начало лечения, внимание медицинского персонала, примеры успешного лечения других пациентов («Поняла, что люди, проходящие лечение, тоже живут: их повседневные заботы никуда не уходят»).

На этапе госпитализации на человека «обрушивается» очень много новой информации, обдумать которую у больного, порой, нет сил и времени. Негативная информация о заболевании, представляющем собой витальную угрозу, активизирует психологические защиты: в структуре отношения к болезни у больных нередко преобладает анозогностический компонент.

Мысли больных часто сосредоточены на поисках причин болезни, этот вопрос очень важен для того, чтобы сформировать собственную концепцию болезни, которая необходима больному для ощущения контроля в неопределенной ситуации заболевания. Для части больных размышления о болезни являются настолько травмирующими, что в качестве психологической защиты у них происходит вытеснение всех мыслей, связанных с заболеванием. Наряду с этим, имеются больные, которые навязчиво анализируют свое прошлое и не находят причин заболевания: самоанализ прошлого не является для них ресурсным. Другие же больные находят причины заболевания: утрата близкого, нервное напряжение, переутомление, вредная работа, ультрафиолетовые лучи и другие причины, нередко иррациональные. Психологу важно понимать, что поиск причины заболевания указывает на внутреннюю психологическую работу больного, в результате которой у пациента формируется внутренняя картина болезни.

Внутренняя картина болезни у пациентов на этапе госпитализации, как правило, еще не сформирована, она фрагментарна. Но, в отличие от предыдущего этапа, больные знают информацию от врача о диагнозе заболевания и предполагаемом лечении. Это знание создает у них определенное отношение к болезни, лечению и новой жизненной ситуации. Больные концентрируют внимание на функциях своего тела, прислушиваются к ощущениям, идущим от тела, которые также являются источником внутренней картины болезни. Они со страхом и интересом вслушивается в суждения и советы других, более «опытных» пациентов, которые, в свою очередь, используют это для снижения собственной тревоги или для самоутверждения. Следует иметь в виду, что эмоциональное напряжение, тревога и ощущение неопределенности обуславливают повышенную внушаемость человека: больному свойственно «сливаться» с переживаниями других (например, соседей по палате), проецировать на себя информацию, зачастую искаженную слухами, среди которой негативная (смерть во время или после операции) имеет особо тяжелый характер.

Психологическая работа на данном этапе должна включать методы, направленные на снижение эмоционального напряжения больного, в том числе, на работу с сильными чувствами и релаксацию, также важно быть готовым к обсуждению с больным экзистенциальных вопросов.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на этапе оперативного лечения

Предоперационный период. Ожидание операции само по себе является серьезным травмирующим фактором. До операции, как правило, у всех больных, повышен уровень тревоги, что, с одной стороны, адекватно ситуации. С другой стороны, в состоянии крайней психической напряженности тревога может трансформироваться в различного рода страхи: страх смерти, страх «наркоза», страх «потерять контроль» во время наркоза.

Несмотря на то, что тактика лечения бывает уже выработана врачами, у больных в период перед операцией отношение к болезни нечеткое и противоречивое. У пациентов в этот период активно формируется внутренняя картина болезни, с которой связан объем операции, представления о наркозе, поэтому чрезвычайно важна беседа врача (в том числе анестезиолога) с больным перед операцией.

Работа психолога направлена на принятие больным факта необходимости операции. В этой связи психолог использует различные методы, позволяющие больному выражать и осознавать свои эмоции.

Послеоперационный период - первые несколько дней после операции в физическом отношении очень тяжелы для больных. Пациенты испытывают болевые ощущения разной интенсивности, которые сковывают их движения и делают беспомощными. В этот период преобладают астено-депрессивный и тревожно-ипохондрический синдромы. В сознании больного на передний план выступают страх осложнений, беспокойство в связи с последствиями операции, общая физическая утомляемость.

Тревогу и новые надежды вызывают ожидания окончательных гистологических данных, которые определяют тактику дальнейшего лечения. При этом больной нередко испытывает разочарование, чувство «несправедливости судьбы», сожалеет по поводу неправильного в прошлом отношения к своему здоровью, недостаточное к нему внимание.

Основная задача психологической помощи больным в первые дни после операции – стремиться показать, что «выбор» ими уже сделан и что этот «выбор» был правильным, что у них имеется возможность приспособления к новой жизненной ситуации.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на этапе выписки из стационара

На этом этапе самой общей проблемой является отношение к будущему: каждый больной в той или иной степени осознает серьезность своего заболевания, переживает страх рецидива и метастазов. У больных

нередко выявляется неопределенная установка на будущее, которая характеризуется противоречивым состоянием: надежда на излечение и страх перед будущим, страх рецидива. В связи с этим пациент на этапе выписки из стационара может обратиться к психологу с просьбой: «Помочь забыть все, что здесь было». При этом, как правило, он осознаёт, что опыт болезни нельзя «выбросить», но и не знает, что с ним делать. Желание обесценить этот свой жизненный опыт указывает на болезненность процесса проработки психической травмы, связанной с заболеванием.

Другая важная и волнующая больных проблема связана с тем, что во время лечения в стационаре ответственность за принятие решений, касающихся здоровья, брали на себя врачи и пациенту нередко тяжело «оторваться» от клиники, у него возникает страх, что вдруг что-нибудь случится, а врача рядом не будет. В этой связи могут проявиться различная невротическая симптоматика: ипохондрические жалобы, фобии (боязнь толпы, транспорта и т.п.), аффективная лабильность в виде впечатлительности, ранимости, плохой переносимости стрессовых ситуаций. Особенно тяжело переносится этап выписки теми больными, которые в процессе лечения не стремятся к активному сотрудничеству с врачом, а занимают пассивную позицию, подчиняясь ему. Среди этой категории больных могут наблюдаться явления «ухода в болезнь».

Типичное противоречие перед выпиской: с одной стороны, больные стремятся возвратиться к трудовой деятельности, а с другой – боятся социальных контактов, которые сопутствуют ей, указывают на дискомфорт в ситуациях широкого взаимодействия. Чувство неуверенности возникает из-за сомнений в возможности трудиться с тем же эмоциональным и физическим напряжением и также из-за опасения больного не быть принятым окружающими. Страх в обществе перед онкологическими заболеваниями, представление о том, что онкологический больной – это умирающий пациент, приводит к стигматизации больных, которая у больных может трансформироваться в самоизоляцию. Следует иметь в виду, что жалобы

больных на нарушение социальных контактов могут быть отражением актуализированных в связи с заболеванием экзистенциальных проблем, одним из проявлений которых является экзистенциальная изоляция.

Больные нередко указывают на наличие трудностей в сообщении о своем диагнозе другим. Например, один больной высказал мнение, что «болезнь – это проявление твоей неполноценности». В данном случае психологу важно показать пациенту, что принятие жизненной позиции, при которой все многообразие личности сводится только к переживанию своей неполноценности, мешает больному ответственно относиться к своей жизни в целом.

Психотерапия, направленная на более полное проживание больным каждого момента жизни, умение видеть в каждом дне жизни не только негативные, но и позитивные моменты, понимание того, что жизнь происходит только в настоящем (в «здесь» и «сейчас»), позволяют больному справляться с различными страхами, в том числе, со страхом рецидива.

Психолог на этапе перед выпиской может использовать не только индивидуальные формы работы с больными, но и обсуждение проблем пациентов в группе. Работа в группе дает возможность делиться своими переживаниями с другими, научиться давать поддержку друг другу, убедиться, что они не одиноки, получить опыт решения похожих проблем другими людьми. Возможность выразить и разделить свои переживания с другими людьми в особой групповой атмосфере дает больным силу и энергию. Кроме того, для полноценной психологической реабилитации желательны, а в ряде случаев необходимы, консультации для членов семьи и родственников больного.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на этапе проведения адъювантной терапии

Часть больных в отношении комбинированной адъювантной химиолучевой терапии испытывает опасения, что данный вид лечения для них будет связан с физическими и психологическими страданиями: страх боли; страх перед осложнениями в результате лечения, страх беспомощности;

страх перед болезненными анализами, сопровождающими лечение; страх изменение внешности в результате лечения. Так, на формировании отношения к химиотерапии оказывает влияние бытующее мнение, «что применяемые лекарства крайне вредны для организма» («химиотерапия – это яд»). Страхи способствуют формированию негативного отношения больного к лечению, мешают ему осознавать и принимать информацию, связанную с заболеванием, а также способствуют эмоциональному и мышечному напряжению во время лечебных процедур, что затрудняет их проведение. В этой связи положительный эффект химиотерапии нередко недооценивается пациентами.

Совсем иное происходит с больными, которым проводится не адьювантная химиотерапия, а в связи с обнаруженными метастазами. Эти больные связывают с химиотерапией надежду на избавление от метастазов и продолжение жизни, поэтому они более позитивно, несмотря на предстоящие осложнения, относятся к необходимости проведения химиотерапии. И в первом, и во втором случае химиотерапия порождает не только неприятные переживания, но и желание совладать с ними.

Многие пациенты в процессе полихимиолучевой терапии испытывают постоянное чувство усталости как один из беспокоящих симптомов, вызывающих дистресс [1]. Кроме того, астенизация больного во время химиотерапии уменьшает его вовлеченность в процесс лечения, что снижает ответственность пациента и порождает его зависимость от врача.

При прохождении терапии выделяются больные с различным отношением к лечению. Больным с пессимистическим отношением к лечению свойственна, в некотором роде, психологическая изоляция и безучастность к лечебным воздействиям: больные либо чувствуют свою беспомощность - «что бы не делал, ничего не получится», либо отчуждают от себя болезнь – «отдельно болезнь, отдельно Я». При оптимистичном отношении к лечению («Все будет хорошо»), психологу важно диагностировать мотив оптимизма: оптимизм пациента – это приверженность

социально одобряемым стереотипам «поведения больного» и уход от переживаний, или, больной, углубляясь в смысловой уровень переживания болезни, смог найти опору и ресурс в своих переживаниях. Данное отличие можно обнаружить только в процессе клинико-психологической беседы.

По мере прохождения полихимиолучевого лечения активно формируется внутренняя картина болезни – пациент все больше узнает о своей болезни, о своих реакциях на лечение и о том, как он сам может себе помочь в процессе лечения.

Больной мобилизует себя на то, чтобы выдержать тяжелое лечение, но, к сожалению, оно не всегда приносит ожидаемых результатов. Несоответствие ожидаемого эффекта от химиотерапии и реального результата является одним из наиболее травмирующих факторов в процессе лечения: больной испытывает разочарование, агрессию, направленную как на врачей, так и на себя, а также опустошенность и усталость. Несмотря на трудности лечения, задача больного - мотивировать себя на длительную и агрессивную терапию. Для большинства пациентов мобилизирующим мотивом в этой ситуации является постановка конкретных целей: воспитание детей, уход за родственниками, получение образования, реализация в профессиональной сфере. Вместе с тем, можно выделить больных, для которых смысл лечения и выздоровления выражается в ценности самой жизни («Я ведь для чего-то родился...»).

Больные пытаются определить личностный смысл заболевания («Какой смысл в том, что я заболел, для чего мне дана болезнь?»), который может меняться в процессе прохождения длительного специфического лечения, что указывает на часто неосознаваемую самим пациентом внутреннюю душевную работу.

Психологическая помощь направлена на поддержание у пациента надежды, достоинства, поиска смысла жизни во время лечения. При этом психолог использует методы релаксации, направленного воображения и визуализации, а также медитативные техники, арттерапию, сказкотерапию,

нарративную терапию, которые способствуют более целостному восприятию больным своей жизни, позволяют ему увидеть свои достижения и успехи. Применение гештальт-терапии вырабатывает у больного способность жить в настоящем: принимать то, что есть сейчас, как ценное и преходящее.

Психологическая помощь онкологическим пациентам на этапе прогрессирования онкологического заболевания

Некоторые пациенты ощущают гораздо больший шок при возникновении рецидива в сравнении с первичным известием о диагнозе, поскольку воспринимают рецидив после периода колебаний между надеждой и страхом как окончательный приговор без надежды на отсрочку [1]. Другие же реагируют, скорее, спокойно: «Я этого боялся, а теперь это произошло», то есть при обнаружении рецидива заболевания снижается хроническое напряжение, с которым больной жил после первичного лечения.

Больной пребывает в ситуации неопределенности, при этом информация о возвращении витальной угрозы вновь разрушает картину мира, которая была создана после первичного лечения. При прогрессировании болезни у пациента снова возникают все реакции, вызванные негативной информацией, от шока до принятия, если оно происходит.

Вместе с тем, нередко при прогрессировании злокачественного процесса у больных усиливается мотивация к лечению: они проявляют огромное мужество и терпение и переносят все трудности, связанные с ним. Одним из доминирующих мотивов лечения при рецидиве является страх беспомощности. Так, например, больные выражают активное и ответственное отношение к своей жизни – «не хочу быть беспомощным и все делаю для этого». На этом этапе психолог в своей работе использует вышеуказанные методы.

Таким образом, знание специфических для каждого этапа лечения психологических проблем больных и особенностей их переживаний на

каждом этапе лечения позволяет психологу адекватно и эффективно проводить работу с онкологическим пациентом.

Литература:

1. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь/ СПб. - 2002. - 162 с.
2. Донская Л.В., Шиповников Н.Б., Чулкова В.А. Роль и задачи психолога в обследовании и лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. - 1986. - Т.32. № 10. - С. 90-98.
3. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. - СПб.: Питер. – 2002. - 959с.
4. Колосов А.Е., Шиповников Н.Б. «Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». – Киров. - 1994. - 136 с.
5. Пестерева Е.В. Особенности психологической адаптации пациентов со злокачественными лимфомами на различных этапах течения заболевания / автореферат к. психол. н. СПбГУ. - 2011. – 32 с.
6. Чулкова В.А. Психологические исследования личностных реакций на болезнь при раке молочной железы / автореф. дис. канд. психол. наук. СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1999. – 18 с.
7. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. - 2009. - Т.10, №3. – С. 151–157.

ГЛАВА 9

БОЛЬ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЕЕ КОРРЕКЦИИ

Чулкова В.А., Васильева Н.Г., Черненко О.А.

Феномен боли

Реакция человека на боль определяется несколькими факторами, включающими в себя индивидуальные и культурологические особенности личности, пережитый в прошлом опыт, эмоциональное состояние в момент болевого синдрома, а также обстоятельства, при которых он возник [15]. Болью как феноменом ученые начали заниматься преимущественно с 50-х годов XVIII в., когда возник интерес к человеку не только как к думающему, но и как к телесно воспринимающему существу. До этого в историю европейской культуры были вписаны страсти, страдания, а не боль. Боль воспринималась некой данностью религиозно-мифологического сознания как муки от несовершенства мира. В культуре человечества сострадание к боли впервые появляется в эпоху зрелого средневековья [12, 16].

В русской культуре отношение к боли, болезни отражено в самой этимологии слова «боль». Слово, обозначавшее болезнь у древних славян до нас не дошло, потому что было под запретом. В.В.Колесов пишет, что в древности люди не признавали боли, боялись и избегали ее [6]. Они считали, что для привлечения добрых сил нужно в ритуальном действии назвать человека сильным. Чтобы подчеркнуть, что человек здоров, использовали слово «боль», корень которого передавал значение силы, мощи, а значит, и здоровья. Намного позже произошло осмысление боли как признака болезни, болит – значит болен. Так постепенно происходило избавление от суеверий. Объективизация боли, болезни в сознании, признание ее реальности меняет смысл, который мы вкладываем в это понятие, и дает возможность обратиться за помощью к врачу, а не целителю. Опыт болезни может

рассматриваться как предел, за которым начинается нечто новое, бесповоротно изменяющее человека [14].

В наши дни значение боли во многом формируется через массовую культуру. «Живи без боли» – рекламный слоган, который призывает людей быть всегда привлекательными, бодрыми, жизнерадостными, готовыми трудиться и наслаждаться жизнью. Г.Р.Хайдарова считает, что это может привести к утрате навыка саморегулирования организма, практики переживания и трансформации боли, к отсутствию опыта сочувствия, к страху перед болью, а косвенно и к неприятию старости и болезни. Если человек не может почувствовать и пережить собственную боль, он не сможет понять боль другого человека. По мнению Г.Р.Хайдаровой, боль является сообщением, которое связывает общество: она передается ближнему, предостерегает, взывает к сочувствию и к действию [13].

Определение боли

В разных сферах жизни человека боль определяется по-разному. В литературе боль - это ощущение страдания (С.И. Ожегов «Толковый словарь русского языка»). В медицине, согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), под болью понимают «неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинными или потенциальными повреждениями тканей, или же описываемое пациентом в терминах, характеризующих состояния при подобных повреждениях» [10].

На сегодняшний день существует несколько концепций боли. **Биомедицинская модель заболевания**, связанная с именем Декарта, берет свое начало в XVII в. Согласно этой модели, жалобы пациента могут быть вызваны только конкретными симптомами, обусловленными биологическими изменениями. Сопутствующие признаки хронических заболеваний (боль, нарушение сна, депрессия, психосоциальные отклонения) рассматриваются как реакция на заболевание и считаются вторичными [4]. Однако опубликовано много статей, в которых приведены результаты исследований,

подтверждающих важную роль психологических, поведенческих и социальных факторов в выраженности, устойчивости и усилении боли [9, 10].

Биопсихосоциальная модель заболевания получила свое развитие в конце XX века. В соответствии с этой моделью, рассматривается теория воротного контроля боли, которая объединяет физиологические и психологические факторы, влияющие на боль. Автор этой теории R. Melzack расширил теорию воротного контроля боли, объединив ее с теорией стресса Г. Селье. Он предположил, что паттерны нервных импульсов могут запускаться как сенсорным входом, так и центральным, независимо от периферической стимуляции. Это может дать объяснение, почему человек испытывает боль при многих хронических болевых синдромах, даже когда физическая патология не выявлена [19]. Человека в современном мире невозможно отделить от его окружения: семьи, трудового коллектива и общества в целом. Любая из этих сфер может усиливать или ослаблять боль, если речь идет о хронической боли. Биопсихосоциальная концепция учитывает весь комплекс явлений, приводящих к хронизации боли. На разных стадиях заболевания удельный вес биологических, психологических и социальных факторов может изменяться.

Нейрофизиологические основы боли

Согласно современным представлениям болевая сенсорная система обладает собственными специфическими болевыми рецепторами, специфическими афферентными путями и специфическими структурами головного мозга, ответственными за восприятие боли и ответную реакцию организма. Болевая ноцицептивная система снабжена антиноцицептивной системой, регулирующей болевое ощущение. Противоболевая антиноцицептивная система обладает собственными нейрхимическими механизмами, способными тормозить действие ноцицептивной системы. На разных уровнях антиноцицептивной системы медиаторами являются опиоидные и неопиоидные пептиды, а также медиаторы непептидной

системы. В том числе такие нейромедиаторы как эндорфины и энкефалины, серотонин и адреналин [7, 11].

Как системная реакция организма боль содержит в себе эмоциональный и когнитивный компоненты. Психоэмоциональная реакция формируется на основе возбуждения отрицательных эмоциогенных зон мозга и вызывает изменение гормональных и метаболических процессов и вегетативную реакцию. Когнитивный компонент заключается в формировании субъективного отношения к боли на основе предыдущего опыта личности. С точки зрения теории функциональных систем П.К. Анохина, боль – это «интегративная функция организма, которая мобилизует самые разнообразные функциональные системы для защиты от воздействия вредящего фактора и включает такие компоненты, как сознание, ощущение, память, мотивации, вегетативные, соматические и поведенческие реакции и эмоции» [1].

Диагностика боли

Диагностика боли является одной из важных задач в лечении и коррекции болевого синдрома. ВОЗ определила несколько правил изучения и диагностики боли:

- поверить пациенту, что он чувствует боль;
- поговорить с пациентом о боли;
- оценить интенсивность боли;
- собрать подробный анамнез боли;
- исследовать психическое состояние пациента;
- провести тщательное физикальное исследование;
- рассмотреть возможность применения альтернативных методов лечения боли.

Существует несколько инструментов для оценки интенсивности болевого синдрома. На этапе диагностики острой боли широко используются визуальная аналоговая шкала (Visual Analog Scale, VAS) и цифровая рейтинговая шкала (Numerical Rating Scale, NRS), которые в равной степени

чувствительны для определения острой послеоперационной боли (рис.1,2). Эти две шкалы предназначены для определения субъективного ощущения пациентом боли в момент исследования.



Рис.1. Визуальная аналоговая шкала оценки боли

Рис.2. Цифровая рейтинговая шкала

Для оценки интенсивности болевого синдрома используют опросник боли Мак-Гилла (ОБМ). Этот метод диагностики основан на предположении того, что боль определяется многими факторами. Опросник состоит из 78 дескрипторов боли, распределенных по 20 подклассам, которые отражают 3 главных болевых аспекта сенсорный, эмоциональный, оценочный и 1 смешанный фактор. Всего опросник Мак-Гилла дает семь оценок испытываемой боли [2, 5, 19, 20].

Концепция тотальной боли

Терминологически понятия физическая боль и страдание часто употребляют как синонимы, но это не одно и то же. Физическая боль может быть главным компонентом страдания, но страдание охватывает намного больше разных сторон человеческого существа, чем физические проявления, и часто случается в отсутствии физической боли. Различия между физической болью и тотальной болью (страданием) клинически важны, поскольку эффективное воздействие на них часто предполагает различные интервенции, в том числе психологические.

Концепцию тотальной боли развивала пионер хосписного движения Сесилия Сандерс (Cicely Saunders). Она понимала под тотальной

болью интенсивное страдание, часто испытываемое умирающими пациентами и членами их семей на стадиях последних месяцев жизни, умирания, смерти и переживания утраты. Тотальная боль включает в себя, как минимум, четыре компонента:

- физическую боль,
- психологическую боль,
- социальную боль,
- духовную боль.

Важно, что компоненты тотальной боли не существуют изолированно, а оказывают взаимное влияние друг на друга [8]. Например, неустранённые физические симптомы могут привести к сужению фокуса внимания пациента и вызвать эмоциональную и духовную боль за счёт снижения возможности взаимодействовать с близкими людьми и решать психологические и духовные проблемы, связанные со смертью. Глубокие страдания, вызванные духовной, психологической и социальной болью, в свою очередь, могут усиливать проявления физической боли и вызывать такие симптомы как тошнота и одышка.

Основными составляющими тотальной боли являются неконтролируемая боль и другие мучительные физические симптомы, а также клиническая депрессия, потеря надежды и смысла, утрата важных жизненных ролей, страх смерти, тяжёлые экзистенциальные переживания, утрата способности к доверию, переживание неискупленной вины, финансовые проблемы, семейные конфликты. Для работы с тотальной болью необходима мультидисциплинарная команда.

Следует предполагать тотальную боль всякий раз, когда мы имеем дело с заболеваниями, угрожающими жизни, но особенно в тех случаях, когда физические симптомы у пациента необъяснимы и не купируются обычно эффективными интервенциями, ответ на лечение неустойчив или эмоциональные реакции пациента кажутся несоответствующими потере [22].

В психологической работе с тотальной болью в целом применяется экспрессивно-поддерживающая терапия с экзистенциальным уклоном. Интервенции направлены на оценку и поддержание у больного надежды, достоинства, на задачи личностного развития, восстановление смысла жизни (вопросы цели, ценности, эффективности и самооценки).

Физическая боль

Пациенты с умеренной и тяжелой хронической болью при онкологических заболеваниях должны получать лечение, основанное на системной фармакотерапии. Для повышения эффективности противоболевой терапии и привлечения нефармакологических ресурсов нужно информировать онкологических больных о противоболевой терапии и обучать их способам совладания с болью [18]. Информирование представляет собой инструкцию о том, как правильно использовать болеутоляющие лекарства и как правильно сообщать врачу о наличии нетерпимой боли. Способы совладания с болью делятся на две основные группы. Первые направлены на изменение способа интерпретации боли, например, на уменьшение её катастрофизации. Вторые предполагают практическое освоение специальных техник, помогающих справиться с болью, например, выработка навыка глубокой мышечной релаксации. У некоторых пациентов такой подход обеспечивает достаточное облегчение боли при отсутствии побочных эффектов и улучшает их физическое и психосоциальное функционирование [23].

Вопрос о возможности коррекции физической боли психологическими методами долгое время оставался дискуссионным и на настоящий момент исследования в этом направлении продолжаются. Хроническую боль никогда нельзя считать исключительно результатом ноцицепции (болевого возбуждения нервных волокон). Индивидуальная реакция на боль может определяться значением, которое человек придает ощущению боли, прошлому опыту, уровням тревоги и депрессии, и другими факторами, психологическими и социальными. Опыт применения психологических

методов в лечении боли подтверждает представление о том, что физическая боль нарушает психологическое функционирование, а психологическое состояние влияет на переживание боли и связанного с ней страдания. Обращение к опыту переживания боли может помочь облегчить тревогу и другие нарушения настроения [22].

В статье «Психологическая, реабилитационная и интегративная терапия боли в онкологии» доктор, профессор психологии А. Strada и профессор неврологии К. Portenou приводят результаты более чем 70 рандомизированных исследований корректного дизайна, которые подтверждают эффективность психологического воздействия на боли при онкологических заболеваниях. Большинство этих психологических методов, пишут авторы, первоначально развивалось для пациентов с хронической болью в рамках других нозологий, а впоследствии было применено и у онкологических пациентов [23].

В метаанализе 2014 г. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Vadr H, et al. провели оценку эффективности психологического подхода к лечению боли при онкологических заболеваниях. Они проанализировали 37 рандомизированных исследований психосоциальных вмешательств (когнитивно-поведенческая терапия, релаксация, гипноз, десенсибилизация с образами или биологической обратной связью, медитация) у 4199 онкологических пациентов. Интенсивности интерференция боли (влияние боли на повседневную жизнь) уменьшились на 34 % и 40 % соответственно. Авторы делают вывод о целесообразности внедрения данных методов в комплексное лечение боли при онкологических заболеваниях [21].

В настоящее время психологические методы принято относить к группе дополнительных (по отношению к основной терапии) нефармакологических методов коррекции физической боли. Они делятся на две большие группы: когнитивно-поведенческие и психофизические методы. Когнитивно-поведенческая терапия является хорошо структурированным методом с доказанной эффективностью. Из психофизических методов отличные от

плацебо результаты показали релаксация, визуализация, гипноз, биологическая обратная связь и музыкотерапия. В главе 8.1. настоящего руководства дан обзор основных методов психологического консультирования и психотерапии онкологических больных. Их применение в целях коррекции физической боли имеет некоторые особенности.

Когнитивно-поведенческая терапия решает задачи развития чувства контроля над болезнью и её последствиями, снижение влияния боли на повседневную жизнь. Пациент вовлекается в процесс установки специфических целей и в контроль над их достижением. Терапия включает в себя обучение пациента, поведенческий тренинг и тренинг когнитивных навыков.

Обучение больного обычно проходит на первой сессии. Пациент получает детальное объяснение рациональности подхода и обучается замечать связь между тем, *как он думает, что он чувствует и как действует*. Тренинг поведенческих навыков фокусируется на обучении пациента практическим навыкам, которые помогут ему совладать с фактом существования болезни и адаптироваться к ней. Например, пациенты обучаются простейшей релаксационной технике, которую они смогут использовать в стрессовой или потенциально тревожной ситуации. Они могут быть обучены увеличивать свою активность для снижения усталости или фрустрации, что также может уменьшить волнение, лабильность настроения. Они могут учиться включать в свою ежедневную жизнь приятные дела и опыт (расписание приятных дел).

Когнитивный тренинг проводит когнитивную реструктуризацию и обучает заменять дезадаптивные когнитивные стратегии на адаптивные. Пациенты учатся искать ошибки в мыслях или утверждениях, которые они допускают в попытках понять болезнь или боль. Основные дисфункциональные когнитивные паттерны это дихотомическое мышление, катастрофизация и генерализация.

Группа психофизических методов основана на тренировке сознательного воздействия на физические функции путем переключения внимания или изменения эмоционального состояния. Эти методы лечения обычно рассматривают как дополнительные к другим методам лечения или применяют их в составе когнитивно-поведенческой терапии. Иногда они используются отдельно для снижения боли, тревоги и повышения чувства контроля над своим состоянием, например, при ожидаемой боли, связанной с конкретной процедурой. Пациенты, освоившие данные методы, могут продолжать использовать их самостоятельно.

Психофизические методы лечения иногда классифицируются под рубрикой нетрадиционной и альтернативной медицины [17]. Но такие методы, как релаксация, визуализация, гипноз, биологическая обратная связь и музыкотерапия не являются альтернативными методами лечения. Они скорее должны считаться преобладающим направлением в лечении боли, применяемым дополнительно к другим подходам. В некоторых случаях у этих вмешательств есть больше доказательств эффективности, чем у традиционных методов [23].

Релаксационная терапия. На настоящее время недостаточно данных, чтобы выделить одну из техник релаксации по эффективности. Прогрессивная мышечная релаксация, аутогенная тренировка, дыхательный тренинг могут быть использованы в целях снижения болевых ощущений. Необходимо учитывать небольшой риск побочных реакций, встречаются навязчивые мысли, страх потери контроля, потеря равновесия, мышечные спазмы, сексуальное возбуждение, психотические симптомы, тревога. Техники релаксации должны отрабатываться под наблюдением специалиста.

Strada и K. Portenou пишут, что по результатам предыдущего систематического обзора методы релаксации эффективны в ослаблении хронической боли при множестве заболеваний, включая онкологические. Однако в более позднем систематическом литературном обзоре сказано, что

методологическое обеспечение низкое, а объем выборок низкий, и определенного вывода сделать нельзя [23].

Визуализация предполагает работу с образами: их создание, трансформацию, сознательное изменение и применяется для изменения переживания боли. Подтверждения специфичности образов в рамках отдельных органов и физиологических систем пока не получено. В визуализацию могут включаться другие техники, такие как отвлечение, мышечное расслабление, диафрагмальное дыхание.

В клинических целях проводят три вида визуализации: *диагностическая визуализация, мысленная проработка и направленное воображение.*

Диагностическая визуализация предоставляет информацию, необходимую для дальнейшей работы, изучаются индивидуально-значимые образы. Она может проводиться в группе. Пациентов просят подробно описать боль в индивидуальных сенсорных и эмоциональных терминах. Эта информация будет использована в подготовке мысленной проработки.

Мысленная проработка применяется для подготовки к болезненным процедурам. Она направлена на то, чтобы уменьшить тревогу, боль и побочные эффекты, которые провоцируются усиленной эмоциональной реакцией на лечение. Пациенту предлагается расслабиться и совершить мысленное путешествие через всю процедуру, воссоздать её в реалистических, но положительных терминах. Во время мысленной проработки будущей ситуации важно выбирать точные слова, избегая при этом эмоционально-заряженных или вызывающих страх оборотов.

Техника «*направленное воображение*» призвана произвести определенное физиологическое или биологическое изменение в теле через уменьшение активации симпатической системы. Представление желаемого состояния успешно используется для облегчения тошноты, вызванной химиотерапией, помогает контролировать боль при онкологических заболеваниях. В этой технике используются болеутоляющие образы двух

видов: преобразующие боль и несовместимые с болью. Преобразующие боль образы помогают изменить отдельные аспекты переживания боли. Например, формируется представление о том, что в момент, когда игла химиотерапии касается кожи, она выпускает в тело сильное болеутоляющее средство, которое полностью обезболивает руку. Несовместимые с болью образы могут использоваться, чтобы заместить образ боли положительными эмоциями, чувством покоя и расслабления.

Гипнотическая анальгезия – это состояние сосредоточенной концентрации с некоторой приостановкой периферической осознанности. Главные компоненты гипнотического состояния это поглощение (возможность глубоко рассмотреть выбранную тему или фокус), контролируемое изменение внимания, диссоциация (возможность разделить различные аспекты отдельного опыта), внушаемость (способность к усиленному отклику на инструкцию). Пациенты значительно различаются по способности достигать гипнотического состояния. Основами гипнабельности являются внушаемость и сотрудничество. Пациента нужно успокоить, объяснить, что гипноз не может вызвать поведение, противоречащее его ценностям.

Гипноз помогает снять напряжение, уменьшить тревогу и повысить болевой порог. Изменяется восприятие боли, уменьшается дискомфорт, фокус внимания перенаправляется с болезненного ощущения на другую область тела. Гипноз помогает пациентам меньше тревожиться перед операцией.

Работа методом *биологической обратной связи* подробно описана в главе 8.1. настоящего руководства.

Музыкотерапия. В результате анализа 30 исследований 1891 пациента с болями, связанными с онкологическим заболеванием, Bradt J., Dileo C. с соавт. пришли к выводу, что музыкальное вмешательство имеет умеренный эффект снижения боли и благоприятно воздействует на тревогу, настроение и качество жизни [22]. Музыкотерапия также рекомендована для использования в качестве дополнительного метода.

Механизм действия таких нетрадиционных методов как медитация, молитва, творческая арт-терапия (за исключением музыкотерапии), биополевые методы, такие как рейки (наложение руки) и терапевтическое прикосновение, мануальные интервенции, массаж, акупунктура и гомеопатия в настоящее время не объяснен с научной точки зрения. Их эффективность на настоящий момент также не доказана и может быть сравнима с эффектом плацебо [17]. Однако если пациент хочет получать такое лечение, то нет причин ему препятствовать при условии, что у него достаточно ресурсов (физических, временных, материальных) и лечащий врач не видит вреда от применения данного вида лечения.

Психологическая боль

Как указано выше, ситуацию онкологического заболевания можно охарактеризовать как кризисную или экстремальную, она сопровождается разрушением привычной и безопасной картины мира. Вследствие болезни и лечения у онкологических больных может происходить снижение умственного и физического функционирования, потеря контроля над собственным телом и эмоциями, утрата частей тела. Вынужденный отказ от привычных жизненных ролей, частной жизни сопровождается потерей ценности и чувства цели. Когда болезнь угрожает безопасности и нарушает представления о предсказуемости и справедливости личного мира, большинство людей испытывает болезненное чувство изоляции, сломленности и внезапную утрату смысла. Пациенты сталкиваются с потерями разного рода, которые сопровождаются переживаниями горя.

Разрешение кризиса и адаптация к ситуации заболевания это процесс, который включает в себя восстановление допустимого мира и осознание потери. Необходимо произвести восстановление смысла и получить доступ к расширенному самосознанию, связанному с бесконечным потоком жизни, не ограниченному кругом предыдущих ролей [3]. Успешная адаптация не означает, что горюющий человек никогда не будет снова испытывать печаль,

связанную с потерей. Поскольку пациенты проходят через череду потерь и утрат, то горе, вероятно, повторно проявится с каждой новой потерей.

Реакции на утрату значительно различаются в зависимости от природы потери, от прошлого опыта, индивидуальности, ценностей и взгляда на жизнь. Они могут выражаться в физических ощущениях, таких, как стеснение в груди или горле, когнитивных и эмоциональных нарушениях: рассеянности, нарушении концентрации, сна; экзистенциальных переживаниях. Все эти проявления являются частью процесса горевания и не считаются патологическими, если не приводят к полному выведению из строя или не продолжают оставаться неизменными в течение многих месяцев или лет. Но даже нормальные реакции на потерю могут настолько беспокоить, что пациенты и члены их семей считают их неправильными. Задача психолога помочь пациентам нормализовать эти реакции, выслушивая их, рассказывая об общих реакциях на потерю, заверяя их, что такие чувства нормальны, рекомендуя посещать группы поддержки, в которых они могут выразить свои чувства.

Периодические эпизоды глубокого эмоционального дискомфорта характерны для ситуации онкологического заболевания, поскольку оно связано с угрозой существованию. Распространенными являются реактивная тревога и депрессия, клиническая депрессия, генерализованное тревожное расстройство.

В руководстве по облегчению психологической и духовной боли у терминальных больных Американской академии хосписной и паллиативной медицины обсуждается распространенность психических нарушений среди онкологических больных. В одном исследовании у 47% пациентов выявлено соответствие критериям психического расстройства. Из них у 66% больных были реактивная тревога или депрессия (расстройство адаптации с депрессивным или тревожным уклоном), у 13% была глубокая депрессия, и у 8% – органическое расстройство психики (бред). В другом исследовании более, чем у половины наблюдаемых пациентов, было диагностировано

расстройство адаптации, обычно с тревогой и депрессией. В третьем исследовании из 62 онкологических больных 24% из них имели серьезные признаки депрессии [22].

Поскольку депрессия является причиной сильной психологической боли, а вероятность пропустить её высока, необходимо систематически использовать скрининговые инструменты для оценки депрессии. В случае с ослабленными и пожилыми пациентами часто простые прямые вопросы позволяют получить важную информацию от пациента. При подозрении на депрессию следует более подробно расспросить пациента о настроении, задав вопросы: «какое у вас настроение последнее время?», «часто ли вы плачете в последнее время?», «можете ли вы рассказать мне больше о том, как вы себя чувствуете?», «как вы считаете, можно ли ваше состояние охарактеризовать как депрессивное?», «было ли у вас подобное состояние раньше?», «если вы проходили лечение по поводу подобного состояния, было ли оно эффективным?». Скрининговые вопросы, касающиеся сниженного настроения, показали большую специфичность и чувствительность в диагностике легкой и глубокой депрессии у терминальных больных по сравнению со шкалой депрессии Бека и визуальной аналоговой шкалой оценки депрессии.

Постоянные высокие уровни тревоги и депрессии не адаптивны, они требуют активного вмешательства, включающего краткосрочную психотерапию и прием транквилизаторов и антидепрессантов. Квалифицированное вмешательство необходимо каждый раз, когда тревога или депрессия усиливаются, нарушают способность пациентов функционировать или сохраняются больше недели.

Краткосрочная психотерапия основана на следующих принципах:

- информирование,
- эмоциональная поддержка,
- фокус на краткосрочные цели,
- обучение релаксации,

- поддержка эффективных копинг-стратегий,
- вовлечение семьи.

Краткосрочная психотерапия включает в себя задачи информирования пациента о лечении и прогнозе, обсуждение факторов, способствующих развитию тревоги и депрессии. Она направлена на коррекцию ошибочных представлений пациента о прошлом и настоящем, на выявление успешных в прошлом копинг-стратегий (отвлечение, ведение дневника, упражнения). Нужно помочь пациенту установить достижимые краткосрочные цели и сформировать реалистичные ожидания с учетом его жизненного опыта и ситуации. С целью повышения ощущения контроля над телом и уменьшения беспокойства проводится обучение методам релаксации: сосредоточение на пассивном дыхании (естественные ритмы дыхания), сопровождаемое пассивным и активным расслаблением мышц, направленное воображение, аутотренинг. Важно обеспечить атмосферу эмоциональной поддержки и заботы, чтобы уменьшить у пациентов чувство изоляции и помочь восстановить чувство собственной значимости.

Социальная боль

Социальные аспекты боли вызваны изменениями в общественной жизни пациента в связи с последствиями болезни. Эти изменения могут носить необратимый характер и наступают неожиданно для всех. Одним из наиболее трудно переживаемых последствий этих изменений является изоляция, в которой может оказаться онкологический пациент. Страдающий человек зачастую склонен погружаться в свои переживания и избегать привычного общения, ища понимания у тех, кто имеет опыт болезни. С другой стороны, его друзья и близкие тоже не всегда знают, как и о чем говорить с ним, когда он заболел, и начинают сокращать контакты. В результате может возникнуть ситуация, в которой пациент лишается поддержки от социального окружения именно в тот момент, когда наиболее в ней нуждается. «Страдающий болью человек обращается к себе самому,

отворачиваясь от других. Природа боли такова, что, с одной стороны, она отвращает, отлучает от всего остального, господствуя единовластно. Она собирает внимание, центрирует, обособляет человека, соединяя его со всеми страдающими» [12, 13]. С другой же стороны боль «некоммуницируема: от нее отворачиваются, ее избегают, ее не принимают, не разделяют и не понимают» (Г.Р. Хайдарова, с. 42).

С изменением физических возможностей и временной или постоянной потерей работоспособности меняются привычные социальные роли. Болеющий человек больше не может или не хочет вкладываться в работу так же, как делал это раньше. Со временем он теряет свои позиции на работе или саму работу, сокращает домашние обязанности, иногда вынужден отказаться от любимых занятий. Частым следствием заболевания являются материальные проблемы в семье, падают доходы и появляется новая статья расходов. Приходится сталкиваться с обострением имеющихся семейных конфликтов, утратой влияния и перераспределением ответственности. Болеющему человеку бывает трудно смириться с тем, что часть решений за него теперь принимает кто-то другой.

Необходимо обсудить с пациентом изменения, которые произошли в его жизни после наступления заболевания. Помочь определить, кого он хочет видеть в ближнем круге общения, найти место новым контактам, разрешить себе сократить общение, которое перестало быть необходимым. Обсудить плюсы и минусы отказа от прежних социальных ролей. В той мере, насколько возможно, поощрять его не отказываться от выполнения своих обязанностей.

Поскольку он сам и его семья могут иметь специфические нужды, важную роль приобретает информирование о существующих видах поддержки. Можно разъяснить, что они не остаются один на один с болезнью, часть заботы о пациенте может взять на себя медицинский персонал. Социальный работник может оказать помощь семье, в том числе в решении юридических и финансовых вопросов.

Духовная боль

Вне зависимости от наличия или отсутствия религиозных убеждений и вероисповедания все люди рано или поздно сталкиваются с универсальными духовными проблемами. В ситуации угрожающего жизни заболевания переживания, темы, связанные с духовностью часто актуализируются. Они могут причинять значительные страдания, если не будут разрешены. О переживаниях духовного характера мы можем догадаться, если человек интересуется вопросами, касающимися смысла жизни, причин его страдания, неизбежности смерти, возможности последующего существования. У него может возникнуть потребность выйти за рамки индивидуального существования и понять, являются ли люди частью чего-то большего, чем они сами, есть ли Высшие силы, такие, как Бог, а если есть, то в чем его провидение. Эти вопросы интересуют пациента не отвлеченно, а в применении к своей собственной жизни: «Если я страдаю, значит ли это, что я виноват? Является ли моя болезнь наказанием, а если да, то за что?». Для духовно страдающего человека становится важным прояснить свои отношения с самой жизнью, смертью и страданием и наделить их смыслом, отпускающим духовную боль. В этой ситуации позиция психолога может заключаться в открытости к эмпатическому общению, готовности выслушать жизненные истории пациентов, присутствовать при исследовании тревожащих их духовных тем.

Спектр проблем духовного уровня очень широк и требует от специалиста не столько теоретических знаний философии и основных религий, сколько определенного мужества, чтобы не игнорировать их обсуждение. В результате того, что во время болезни существующая система убеждений пациента проходит испытание на прочность, он может столкнуться с тяжелейшими переживаниями утраты веры, бессмысленности жизни, экзистенциальной вины. Столкновение с этими чувствами может актуализировать у психолога собственные переживания, связанные с болезнью и смертью.

Сложные духовные проблемы не могут быть решены простос позиции здравого смысла. Нужно опираться на интуитивно понимаемые универсальные законы человеческого существования, превосходящие межличностные различия. Следует при удобном случае спросить у страдающего пациента, как он относится к вере, хочет ли он, чтобы к нему пришел священник. Необходимо помнить, что культурные и религиозные традиции могут очень сильно различаться. По желанию пациента нужно приглашать к нему духовного пастыря.

Таким образом, из сказанного выше следует, что боль у онкологических больных всегда тотальная, она носит многомерный характер и в ней присутствует не только физический компонент, но и психосоциальный, и духовный; лечение физической боли при онкологических заболеваниях основано на принципах противоболевой терапии; эффективность в лечении тотальной боли у онкологических пациентов может быть увеличена применением дополнительных психологических методов терапии: такие нефармакологические стратегии имеют меньше побочных эффектов, чем лекарственные средства, и дают лучший результат относительно физического и психосоциального функционирования.

Литература:

1. Анохин П.К., Орлов И.В., Ерофеева Л.Т. Боль // БМЭ. – Изд. 3-е. М., 1976. – Т.3. – С. 869-891.
2. Бывальцев В.А., Белых Е.Г., Алексеева Н.В., Сорокиков В.А. Применение шкал и анкет в обследовании пациентов с дегенеративным поражением поясничного отдела позвоночника: методические рекомендации. – Иркутск: ФГБУ "НЦРВХ" СО РАМН. – 2013. – 32 с.
3. Виртц У., Цобели Й. Жажда смысла: Человек в экстремальных ситуациях: Пределы психотерапии. Пер. с нем. - М: Когито-Центр. - 2012. - 328 с.
4. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль// Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2013. – №1. – С. 30-35.

5. Кастыро И.В., Попадюк В.И., Благодравов М.Л. и др. Опросник боли Мак-Гилла как метод определения уровня болевого синдрома у пациентов после риносептопластики и полипотомии носа // Бюллетень ВСНЦ СС РАМН. – 2012. – №4 (86). – Часть 2. – С. 68-71.
6. Колесов В.В. Древняя Русь: наследие в слове. Мир человека // СПб.: Фил. фак. СПбГУ. - 2000. – 326 с.
7. Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным / Под ред. Г.А. Новикова, В.И. Чиссова, О.П. Модникова. – Том I. — М. – 2004. – 656 с.
8. Моисеенко В.М., Чулкова В.А. Психосоматические аспекты боли у онкологических больных // Матер. IV научн.-практ. конф. «Психосоматические аспекты боли в общемедицинской практике». – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М.Бехтерева.– 2006. – С. 33.
9. Осипова В.В. Психологические аспекты боли // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010.- №1. – С. 4-9.
10. Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции // Модуль «Гален». - 2004. – №15.
11. Перцов С.С. Физиология боли / Материалы XXIII съезда Физиологического общества имени И.П. Павлова. – Воронеж: Издательство «ИСТОКИ», 2017. – 2660 с.
12. Хайдарова Г.Р. Боль в культуре. Подходы, концепции, комментарии / Аналитический обзор. – <http://cyberleninka.ru/journal/n/nevrologiya-neyropsihiatriya-psihsomatika>
13. Хайдарова Г.Р. Боль в медиа-реальности // Вестн. Ом. ун-та – 2011. – №3. – С. 41-44.
14. Чулкова В.А. Информирование онкологического больного. Учебное пособие. – СПб.: Издательство 2013.– 63 с.
15. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Социально-психологические аспекты онкологических заболеваний в современном обществе. // Социальная психология и общество. – 2015. – Т.6, №1. – С. 117-126.
16. Шихов Г.Л. Боль: лингвофилософский аспект // Вестн. Ом. ун-та. – 2012. – №3. – С. 83-84.
17. Bardia A. et al. Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review // Journal of Clinical Oncology. – Desember 1, 2006. – V 24(34). – P. 5457-5464.
18. Gorin S.S. et al. Meta-Analysis of Psychosocial Interventions to Reduce Pain in Patients With Cancer // Journal of Clinical Oncology. – February 10, 2012. – V 30(5). –P. 539-547.
19. Melzack R. Pain and stress: A new perspective. In R. J. Gatchel & D. C. Turk (Eds.), Psychosocial factors in pain: Critical perspectives. – New York: Guilford Press. – 1999. –P. 89-106.
20. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. Pain. – 1975. – P. 277-299.

21. Sheinfeld Gorin S, Krebs P, Badr H, et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *J ClinOncol* 2012; 30:539.
22. Storey Porter, Knight Carol F. Alleviating psychological and spiritual pain in the terminally ill // *American Academy of Hospice and Palliative Medicine*. – New York : Mary Ann Liebert, Inc. Pub. – 2003. – P. 85.
23. Strada E Alessandra, Portenoy Russell K // *Psychological, rehabilitative, and integrative therapies for cancer pain*. – 2014.

Глава 10

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ В ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ

Вагайцева М.В.

*«Если человека нельзя вылечить,
это не значит, что ему нельзя помочь»*

Принцип хосписа

При негативном развитии онкологического заболевания пациент признается инкурабельным и наступает этап паллиативного лечения. В самом факте признания инкурабельности заложены значительные риски психической травматизации как для пациента, так и для членов его семьи. Сообщение об инкурабельности входит в обязанности лечащего врача. Чтобы обеспечить эффективное взаимодействие врача и пациента и снизить травматичность сообщения, необходима готовность врачей-онкологов к ситуации признания инкурабельности пациента. Они должны иметь представление о методах современной *паллиативной медицины*.

Паллиативная медицина является частью *паллиативной помощи*. Это раздел медицины, задачами которого является проведение лечебных процедур и манипуляций, призванных облегчить состояние больного. Деятельность паллиативной медицины в Российской Федерации регламентируется приказом Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015г. №187н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению" [6].

Паллиативная помощь — это система мероприятий, направленных на поддержание у инкурабельных пациентов качества жизни, оптимального при данном состоянии пациента. Термин «*паллиативный*» происходит от французского слова «*palliatif*» и дословно переводится как временное средство, полумера. В свою очередь французский язык заимствовал термин из греческого, в котором «*палий*» означает покрывало, верхнее платье. Таким образом, представление о защитной функции укрывающей верхней одежды

трансформировалось в термин паллиативной помощи, которая понимается как временная защита от тягостных проявлений, но не лечение самой болезни. Основным принципом паллиативной помощи является ее применение на самом раннем этапе, как только радикальное лечение любого хронического заболевания, становится невозможным. Период оказания помощи выходит за рамки периода болезни и включает в себя в случае смерти больного необходимую поддержку близких, переживающих тяжелую утрату.

В 1970-е годы Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) инициировала развитие паллиативной помощи в таких странах как Швейцария, США, Великобритания, Канада, Голландия, Бельгия, Франция и Австралия. С 1996 года паллиативная помощь включена в Index Medicus (*palliative care*) в дополнение к имеющимся определениям «терминальная помощь» (1968 г.) и «хоспис» (1980 г.). Существуют Европейская, Американская и Канадская ассоциации паллиативной помощи. Паллиативная помощь сегодня активно развивается, имеет статус специальной дисциплины со своими правами, академическими и клиническими позициями, специализированными научными исследованиями и литературой [3].

Учреждения, в которых оказывается паллиативная помощь

Принято считать, что паллиативный этап в среднем продолжается три года. Паллиативная помощь оказывается инкурабельным пациентам с прогрессирующими неизлечимыми заболеваниями разной нозологии: дегенеративные заболевания нервной системы, различные формы деменции, последствия фатальных нарушений мозгового кровообращения, травм, органной недостаточности, наступившей, в том числе, в результате онкологических заболеваний. Такая помощь может оказываться амбулаторно или в стационаре. Обычно паллиативные отделения открываются на базе многопрофильных лечебных учреждений. В таких случаях в паллиативных отделениях могут находиться пациенты с заболеваниями различной нозологии, их наблюдают специалисты профильных отделений. Отдельно

формируются психоневрологические интернаты и хосписы. В таких лечебных учреждениях работает профильная бригада, а специалисты других направлений приглашают в случае необходимости. Каждый инкурабельный пациент имеет право на паллиативную помощь.

Целью оказания психологической поддержки в рамках паллиативной помощи является выявление и выравнивание эмоционального напряжения, вызванного физическими и психологическими страданиями больного, а также оказание психологической помощи близким неизлечимого пациента. В «Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи», утвержденных Министерством Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации №7180-РХ от 22.09.2008 подчеркивается, что «основными направлениями при оказании паллиативной помощи инкурабельным больным должны быть не только уменьшение страданий пациентов, но и адекватная психологическая помощь, социальная поддержка, общение с родственниками, позволяющие подготовить членов семьи к неизбежному финалу» [2].

На паллиативном этапе происходят коренные изменения в жизнь человека и его ближайшего окружения. Для больных на этом этапе характерны чувство обиды, отрицание очевидного, отчаяние, обвинение окружающих, агрессия, депрессия, мысли о суициде. Такие сильные переживания, хотя и оставляют психику человека сохранной, однако часто приводят к эмоциональной декомпенсации. Задача коррекции возникающих у пациентов состояний относится к области медицинской психологии. В мировой практике считается целесообразным включать медицинских (клинических) психологов в профильную бригаду паллиативного отделения.

Психологическая помощь на этапе паллиативного лечения

Особенностью этапа паллиативного лечения считается снижение выраженной интенсивности переживаний, что является следствием усугубления заболевания с поражением нервной системы и нарастанием общей интоксикации. Он не имеет точных установленных сроков отсчета и

определяется условно с момента отказа пациенту в радикальном лечении. Именно в этот период, исходя из принципов гуманности и реальности, крайне важно психологическое сопровождение пациента и членов его семьи. Следует добавить, что этап паллиативного лечения онкологического больного сильно мифологизирован.

Для тяжелого заболевания на всех этапах его течения характерно сочетание чувства неопределенности и тревожного ожидания излечения с дефицитом информации и почти непрогнозируемым исходом заболевания в длительном периоде. Сверхсильное пролонгированное эмоциональное напряжение, характерное для онкологических больных и людей из их ближайшего окружения можно определить как дистресс. Исследования показали, что дистресс является одним из жизненно важных показателей состояния онкологического пациента, шестым по значимости после физических функций [5]. В длительном периоде сверхсильного эмоционального напряжения механизмы совладания истощаются, и дистресс может приводить к нарушению адаптации, что, в свою очередь, может проявляться как деморализация и посттравматическое стрессовое расстройство [5]. Можно предположить, что инкурабельные пациенты подвержены тотальному дистрессу, однако, это не так. Пациенты по-разному могут переживать изменения, связанные с заболеванием, по-разному относиться к своему заболеванию. Онкопсихологи хосписов знают, что жизнь продолжается до последнего вздоха, и качество жизни в большей степени связано с эмоциональным состоянием человека, а не с клинической картиной его заболевания. В исследованиях была обнаружена связь между эмоциональным благополучием больных и уровнем их духовности. При этом отмечается возможная взаимосвязь экзистенциального компонента духовности с редукцией симптомов дистресса [8]. На степень его редукции, помимо духовности, также влияют такие личные особенности пациента как ответственность за собственное здоровье, тип отношения к заболеванию, эмоциональная устойчивость.

Хотя современные психологические исследования доказывают, что психотерапия рака не является определяющим фактором выживаемости на любом этапе заболевания, это несколько не снижает для больного значимости психологической помощи, оказываемой онкопсихологом. «Самоосмысление, свобода, ответственность за принятие жизненно важных решений – вот ценности психотерапевтического воздействия в условиях психической травмы, связанной с онкологическим заболеванием»[5].

На основе мировых исследований создаются модели психотерапевтических интервенций, междисциплинарного ведения онкологических пациентов, поддержки специалистов в развитии навыков обсуждения с пациентом и его семьей перехода от радикального лечения к паллиативной помощи. Эти модели, в числе прочих, описывают ключевые моменты обсуждения с пациентом процесса умирания, работы со сложными пациентами, например, испытывающими гнев или отчаяние[5].

Психолог в своей практической работе с онкологическими пациентами использует известные психологические подходы: психодинамический, гуманистический и когнитивно–поведенческий. По продолжительности применения психокоррекционные программы на этапе паллиативного лечения относятся к сверхкоротким и коротким. В случае выявления адаптивного отношения к болезни могут решаться профилактические задачи, а в случае выявления дезадаптивной тенденции отношения к болезни – коррекционные.

Для повышения эффективности взаимодействия врача с больным и его родственниками во время перехода инкурабельного пациента в систему паллиативной медицины необходимо разрабатывать стандарты, которые соответствовали бы экологичному взаимодействию в этот трудный период.

Экологичное взаимодействие с инкурабельным пациентом

Для работников учреждений здравоохранения также, как и для близких и родственников пациента, ситуация онкологического заболевания является экстремальной: они встречаются с больным с негативным развитием

заболевания. Вследствие этого, ситуация первой беседы медицинского работника с инкурабельным больным носит экстремальный характер и требует усвоения им специальных «экологических» навыков общения.

В психологии под *экологичностью* подразумевают качество какого-либо процесса, отражающее его способность не оказывать побочного негативного влияния на личную жизнь человека [5]. В контексте этой главы *экологичность* понимается как то, что позволяет в условиях взаимодействия специалиста и инкурабельного пациента улучшать качество жизни пациента и при этом сохранять эмоциональное здоровье самого специалиста.

Инкурабельный онкологический пациент получает сообщение, которое отнимает у него надежду на длительную жизни и легкую смерть. Такое сообщение чаще всего вызывает у больного высокий уровень психоэмоционального напряжения, что может эмоционально «заражать» (индуцировать) партнера по беседе. Общение с неизлечимым больным требует особой психологической подготовленности. В мировой практике переход пациента на этап паллиативного лечения сопровождается штатными онкопсихологами лечебных учреждений. В России первичное информирование о негативном течении заболевания является обязанностью лечащего врача, обращение за психологическим сопровождением остается на усмотрение самого пациента. Такое положение дел несет в себе скрытую угрозу вторичной психической травматизации врачей и существенные психические риски для пациентов и их окружения.

При работе с инкурабельным пациентом основной психологической трудностью врача оказывается столкновение с собственным глубинным внутренним требованием излечивать заболевание. Врачи-онкологи отмечают трудности «в сопровождении умирающего», у них возникают переживания беспомощности в ситуации перехода пациента на паллиативный этап лечения, поэтому в их обучение должна быть включена психологическая подготовка к принятию высокой степени вероятности неизлечимости заболевания. Смягчать переживания врача могут философский склад его

характера, формирующий глубокое доверие к личности пациента и выработанный антипатерналистский подход, при котором врач разделяет ответственность за течение заболевания с самим заболевшим. Необходимо поддерживать представление о том, что течение заболевания не всегда характеризуется положительной динамикой и не всегда зависит от врача. При этом врач-онколог или онкопсихолог не может быть абсолютно защищен даже самой развитой профессиональной позицией от личностного резонанса: живое всегда сознательно или бессознательно откликается на витальную угрозу.

Поддержание экологичного взаимодействия между врачом и пациентом подразумевает безоценочное отношение к личности больного, умение дозированно и с эмпатией выслушивать пациента, искренне сочувствовать негативному развитию заболевания, *информировать* пациента, соблюдая правила сообщения негативной информации, и при этом сохранять личную эмоциональную безопасность.

Информационное сопровождение больного невозможно без поддерживающего внимания текущему эмоциональному состоянию пациента. Забота и участие по отношению к больному – это часть философии общения в экстремальной ситуации (*коммуникация в экстремальной ситуации*). При этом важно вести беседу компактно, не нарушая собственные границы и границы личности пациента. Если пациент склонен к выражению сильных чувств «здесь и сейчас», необходимо дать ему возможность их выразить, а выслушав, мягко, но уверенно вернуться к дальнейшему следованию плану сопровождения на паллиативном этапе лечения.

Основой коммуникации в экстремальной ситуации является искренняя заинтересованность в ситуации пациента и щадящее донесение правдивой информации. В момент личностного резонанса, когда сотрудник бессознательно идентифицировался с пациентом по какому-либо признаку (чем-то напомнил значимого человека или «меня самого»), им бессознательно осуществляется «защита» пациента от негативной информации. Это может

проявиться в формировании у пациента настроения на иллюзорную надежду или в передаче ответственности за лечение в другую организацию. Иногда такую форму поведения может демонстрировать даже опытный и грамотный профессионал. В этих случаях самому врачу целесообразно обратиться за психологической помощью. Онкопсихолог помогает врачу осознать триггер резонанса и нейтрализовать угрозу срыва в дальнейшей работе. Такая санация психологической уязвимости врачей направлена не только и не столько на защиту пациентов, сколько на защиту самих врачей. Также онкопсихолог может помочь в создании плана беседы, что может повысить эффективность общения с конкретным пациентом и сделать его более доверительным.

Нарушение экологичности взаимодействия приводит к профессиональному выгоранию сотрудника, выражающемуся в симптомах эмоционального истощения и деперсонализации. Проявления цинизма по отношению к пациентам может нести вред имиджу медицинского учреждения.

Во всем мире онкологи заботятся о своем психическом здоровье, участвуя в программах личной психологической реабилитации. Существуют специализированные тренинги, направленные на освоение навыков экологичного общения с инкурабельным пациентом. В ходе специальной психологической подготовки врач обучается принимать эмоциональное напряжение пациента при отказе от радикального лечения как ожидаемую норму. В результате участия в программах по взаимодействию с онкологическими пациентами специалисты обретают устойчивые представления о том, что на паллиативном этапе лечения личность способна жить полноценной насыщенной жизнью, что инкурабельный пациент заслуживает доверия, то есть уважения к его истории и его личности, а также о том, что даже самый полный объем профессиональной помощи не гарантирует излечение при онкологическом заболевании.

Хосписы

Одним из вариантов предоставления паллиативной помощи является хосписная помощь умирающему человеку [1]. В отличие от паллиативных отделений, где могут быть представлены заболевания разных нозологий, хоспис — это медико-социальное учреждение здравоохранения, предназначенное для оказания паллиативной помощи онкологическим больным в последней, терминальной стадии заболевания. Сегодня также существуют хосписы для пациентов с ВИЧ.

В основе идеологии хосписа лежит забота о личности пациента до самой последней минуты его жизни, а также открытость мировому опыту, научная тщательность психологических, медицинских, социальных разработок. Хоспис становится домом для пациентов и их близких, где им помогают в горе утраты здоровья, утраты жизни.

История создания хосписов.

Латинское слово «*hospes*» первоначально означало гостя. Такими гостями в средние века на востоке становились больные паломники, воины-крестоносцы, нуждающиеся в помощи. Позднее, перекочевав в Европу, слово «*hospes*» в английском языке трансформировалось в слово «*hospice*» - странноприимный дом. В те времена в России такие приюты называли богадельнями.

В 1967 году бывшая медсестра Сесилия Сандерс, аттестованная как социальный работник, создала в Великобритании первый современный хоспис святого Христофора. Начало философии современного хосписного движения положили ее беседы с умирающим пациентом о том, что могло бы помочь ему прожить остаток жизни достойно. Она задумалась, как, освободив умирающего от боли, дать ему возможность примириться с собой и найти смысл своей жизни перед лицом смерти.

Первый российский хоспис был организован в 1990 году в Санкт-Петербурге по инициативе английского журналиста Виктора Зорза. Самым активным участником в создании хосписного движения в России стал Андрей Владимирович Гнездилов, врач-психотерапевт, начинавший свою

профессиональную деятельность в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. На сегодняшний день в России, кроме хосписов в Санкт-Петербурге и Москве, действует еще более 70 хосписов: в Туле, Ярославле, Архангельске, Ульяновске, Омске, Кемерово, Астрахани, Перми, Петрозаводске, Смоленске и других городах.

Развитым странам хосписы приносят экономическую выгоду. Экономическую целесообразность хосписов оценивают по величине валового национального продукта, произведенного родственниками, освобожденными от ухода за безнадежно больным.

Отличие хосписа от других учреждений

В хосписе оказывается паллиативная медицинская помощь онкологическим больным IV клинической группы. В стационаре проводится симптоматическое лечение, которое заключается в купировании болевого синдрома и других тягостных симптомов. Выездная служба хосписа оказывает консультативную помощь на дому, в том числе проводит обучение родственников и близких, ухаживающих за пациентами самостоятельно, навыкам ухода за онкологическим больным IV клинической группы.

Паллиативная помощь пациентам в хосписах осуществляется, кроме медицинского, еще в трех направлениях – социальном, духовном и психологическом. Социальный работник помогает семье инкурабельного больного в решении социальных и юридических вопросов, которые возникают в связи с тяжёлой болезнью и приближением смерти человека. Священнослужители сопровождают умирающего пациента и окружающих его людей в вопросах Веры. Психологическое сопровождение в хосписе осуществляет онкопсихолог (далее психолог).

Этические принципы хосписа

1. Помощь в хосписе – бесплатна.
За смерть нельзя платить, как и за рождение.
2. Хоспис – дом жизни, а не смерти.
3. Контроль за симптомами качественно улучшает жизнь больного.

4. Смерть, как и рождение, - естественный процесс.

Его нельзя торопить и тормозить.

5. Хоспис – система комплексной медицинской, психологической и социальной помощи больным.

6. Хоспис – школа и поддержка родственников и близких пациента.

7. Хоспис – это мировоззрение гуманизма.

Иными словами: «плохо не то, что Вы в хосписе, а то, что Вы болеете».

«На данном этапе Вашей болезни лучшее – это получить помощь, заботу и улучшение качества жизни в хосписе». Поддержание гуманистической традиции в хосписе - это одна из задач онкопсихолога.

Онкопсихолог в хосписе

Целью работы психолога в хосписе является снижение эмоционального напряжения, вызванного физическими и психологическими страданиями больного перед приближением неизбежного умирания и смерти [1].

При этом психолог решает следующие задачи:

- смягчать переживания пациента;
- диагностировать коморбидные расстройства пациента;
- поддержать родственников пациента;
- осуществлять профилактику эмоционального выгорания и вторичной травматизации медицинского персонала;
- осуществлять профилактику собственного эмоционального выгорания и вторичной травматизации.

Первая задача работы психолога в хосписе - снизить эмоциональное напряжение пациента, связанное с поступлением в хоспис. Как правило, персонал выездной службы хосписа заранее формирует позитивное восприятие необходимости госпитализации больного в хоспис. В приемном покое Хосписа №1 работают специалисты, которые умеют вступать в контакт с больным и снижать его тревогу, неизбежную при госпитализации в хоспис, они формируют доверие больного к другим сотрудникам хосписа. Основная

задача первой беседы психолога с больным - оказать психологическую поддержку и сформировать положительный настрой пациента на пребывание его в хосписе. В том случае, когда в палате находятся родственники пациента, психолог знакомится с ними и приглашает к себе в кабинет для беседы.

Вторая задача работы психолога в хосписе – диагностировать коморбидные расстройства пациента. Сопутствующие основному заболеванию психические расстройства, такие как депрессия, тревожно-фобическое либо паническое расстройство, могут негативно влиять на процесс обезболивания, общий уровень эмоционального напряжения пациента и его окружения.

Третья задача работы психолога в хосписе – предоставление психологической поддержки родственникам пациента. Иногда бывает так, что психическое расстройство возникает у родственника больного. В этом случае психолог может проводить коррекционную беседу сам или рекомендовать другого специалиста.

Четвертая задача работы психолога в хосписе – коррекционная работа с медицинским персоналом с целью профилактики вторичной травматизации и профессионального выгорания.

Пятая задача работы психолога в хосписе – самонаблюдение и профессиональное и личностное развитие самого психолога.

При индивидуальном консультировании пациентов психолог в хосписе применяет такие психологические методики и техники, как:

- стандартизированный экспресс-опрос;
- терапевтическое выслушивание;
- помощь в выражении и принятии негативных чувств;
- информирование;
- направленная беседа: клинико-психологическая и биографическая;
- суггестивные техники и техники дыхания, визуализации, релаксации;
- арт-терапевтические техники: плетение шерстью, лепка, рисование,

кинотерапия, библиотерапия.

Сегодня данные доказательной медицины показывают необходимость и эффективность психологического сопровождения онкологических больных и их ближайшего окружения[2]. Под ближайшим окружением подразумеваются не только родственники, близкие люди пациентов, но и врачи, персонал учреждения, предоставляющего медицинскую помощь онкологическим больным.

Таким образом, можно выделить три направления работы психолога:

пациент, родственники пациента и медицинские работники.

В рамках паллиативной помощи психологическое сопровождение носит эклектичный характер, включающий в себя элементы экзистенциальной, когнитивной и поддерживающе-экспрессивной терапии. Психодинамическая и когнитивно-поведенческая модели психотерапии используются в работе с медицинским персоналом. Элементы межличностной психотерапии могут использоваться в групповой работе с родственниками больных. Также психолог хосписа осуществляет экспресс-диагностику коморбидных психических расстройств пациентов с их последующей коррекцией.

Работа психолога с пациентами

В работе с пациентами Хосписа №1 (Санкт-Петербург) сложилась традиция приветствовать новых пациентов при поступлении. В ходе первой встречи устанавливается контакт с пациентом и родственниками, которые его сопровождают[1]. В это же время психолог проводит экспресс-диагностику эмоционального состояния пациента. Как и в повседневной жизни, не все люди, приехавшие в хоспис, запрашивают помощь психолога. Инкурабельные больные, находящиеся в сознании, могут по-разному реагировать на ситуацию заболевания и по-разному относиться к взаимодействию с психологом.

Последующее психологическое сопровождение пациента включает в себя, в первую очередь, оказание психологической поддержки и внимания каждому пациенту. Забота и участие каждого работника по отношению к

конкретному больному – это часть философии хосписа. При посещении больных, в ходе общения формируются и психотерапевтические мишени, на которые следует в дальнейшем обратить внимание.

Формы работы психолога основываются на общепринятых методах коррекции и зависят от физического состояния больного.

Пациентов можно условно разделить на три категории.

Первая категория пациентов – люди, поступившие в хоспис с болевым синдромом. Правильно подобранное врачами обезболивание и купирование всех тягостных симптомов улучшает качество жизни пациента. В этих случаях больные могут длительное время находиться дома. Такие пациенты уезжают из хосписа, затем, после ухудшения состояния, возвращаются в хоспис за новой схемой обезболивания и снова уезжают домой до следующего ухудшения. Обычно эти больные склонны к общению, готовы к арт-терапевтической работе. В процессе взаимодействия с психологом они охотно делятся своей жизненной историей, рассказывают об обстоятельствах жизни, о личных особенностях, о соседе по палате и о своем реагировании на его возможную смерть. Пациентов данной категории часто пугают нарушения в собственной когнитивной сфере. Это может происходить как в результате прямого воздействия противоопухолевых средств, так и в результате патологического иммунного ответа на воспалительный процесс, связанный с распадом опухоли либо вследствие повреждения капиллярных сосудов. Для повышения качества жизни «возвращающихся» пациентов существенное значение имеет профилактика этих нарушений. К ней относятся библио- и кинотерапия, плетение и лепка, ведение дневника самонаблюдений, построение генограммы семьи.

Пример из практики №1. *Женщина (48 лет) очень плохо переносит химиотерапию. Правильно подобранная восстановительная терапия позволяет ей снова и снова возвращаться домой до следующего курса химиотерапии. В первый раз очень переживала из-за снижения памяти и заторможенности речи. На коррекционную работу с психологом шла охотно – учила стихи, скороговорки, обсуждала видеofilмы. В четвертый и пятый разы откликнулась на предложение плетения шерстью и очень*

увлеклась. В хосписе организована именная выставка ее работ. Пациентка отмечает психическую адаптацию к происходящим переменам, улучшение качества жизни.

Вторая категория пациентов – терминальные больные с сохранной психикой. Как правило, такие пациенты в некоторой степени осознают близость собственной смерти и используют разные способы совладания с этим знанием. Одни используют психологические защитные механизмы замещения и вытеснения. Другие сопротивляются этому знанию. Наконец, есть больные, которые действительно принимают собственную смерть. Общение с такими пациентами является очень ценным и для самого психолога. Психолог в работе с этой категорией пациентов использует терапевтическое выслушивание и беседы на экзистенциальные темы.

Пример из практики №2. *Двое мужчин примерно одного возраста: один – доктор физических наук, другой – доктор биологических наук. Оба находились в одно и то же время на разных отделениях. Один полностью принял смерть, другой же испытывал панический ужас при мысли о ней. С первым пациентом психолог в беседе касался экзистенциальных вопросов о смысле жизни, о предстоящем уходе. А со вторым - о специфике написания диссертаций в области, близкой к медицине. В первом случае облегчение пациенту приносила беседа на экзистенциальные темы, во втором - беседа, поддерживающая его психологические защиты.*

Третья категория пациентов – умирающие пациенты в состоянии раковой интоксикации. Таким пациентам психологическая поддержка может быть оказана на телесном уровне, так как у них, вследствие потери сил, вербальный контакт затруднен либо полностью отсутствует. К этой категории больных можно отнести также пожилых пациентов, у которых наблюдаются нарушения слуха и речи. Адекватно выстроенный контакт между психологом и пациентом может помогать взаимодействию больного с окружающими его людьми. В работе психолога с такими пациентами важно психологическое присутствие, он также использует тактильный контакт, с помощью жестов осуществляет связь с больным.

Пример из практики №3. *Женщина 46 лет находилась в хосписе более пяти месяцев и в течение этого времени не хотела работать с психологом. Она закрывала глаза, когда психолог работала в палате с другими пациентами, отказывалась разговаривать, отвечала односложно. Только окончательно ослабев, она попросила сидеть рядом и держать ее за руку. Силы уходили, пациентка иногда слабым голосом о чем-то тихо говорила.*

Это продолжалось по 15-20 минут три раза в неделю. Затем произошло прощание, и она умерла.

Работа психолога с родственниками пациентов

Особенностью онкологического заболевания является его протяженность во времени. Родственники успевают адаптироваться к необратимости утраты либо эмоционально выгорают. Они испытывают чувство вины перед умирающим. Страх утраты близкого человека может проявляться по-разному в зависимости от структуры личности самого родственника. Обычно родственники хотят получить экстренную психологическую помощь и редко обращаются за продолжительной терапией. Экстренная психологическая помощь родственникам направлена на разрешение часто возникающей у них трудности, формулируемой в вопросе: как правильно взаимодействовать с умирающим. Обычно работа с родственниками проводится в кабинете психолога хосписа. Задача психолога предоставлять информацию об особенностях общения с пациентом в терминальной стадии онкологического заболевания, диагностировать состояние родственника, рекомендовать возможные способы коррекции или поддержания психического здоровья самого родственника. При наличии запроса на длительную работу родственникам предлагается участие в психотерапевтической группе, в которой переживание утраты и совладание с ней, а также необходимое перераспределением внутрисемейных ролей корректируются более эффективно. Иногда бывают индивидуальные консультации родственника, у которого возникли экзистенциальные переживания. Целью такой работы становится выработка отношения к смерти как к закономерному этапу жизненного пути любого человека. Психолог в работе с родственниками применяет эмпатию, навыки активного слушания, информирование, поиск смыслов, использует релаксацию. _

Пример из практики №4. *Родственник, который стремился много времени проводить в кабинете психолога, имел выраженные инфантильную и нарциссическую компоненты в структуре личности. Большую часть консультационного времени он говорил о себе в прошедшем и будущем. В ходе*

беседы указал на внешние ресурсы: близких, которые поддержат его. Такое поведение вызвало большое доверие к адаптивным возможностям консультируемого и позволило сократить количество консультаций.

Работа психолога с врачами и медицинским персоналом

Цель работы психолога с персоналом - профилактика профессионального выгорания, которое выражается в эмоциональном истощении, проявляющемся в усталости, опустошенности, бессилии и истощенности собственных эмоциональных ресурсов, в явлениях деперсонализации, в том числе, цинизма по отношению к пациентам, а также переживание врачом чувства некомпетентности и неуспеха в своей профессиональной сфере и потеря смысла. При этом врачи, медицинские сестры и младший медицинский персонал могут отрицать наличие у себя этих проблем и отказываться от работы с психологом. В этой связи психологу хосписа, работа которого до сих пор воспринимается как нечто необычное и не всегда понятное окружающим, необходимо стать полноправным членом медицинского коллектива, завоевать доверие, донести суть и возможности работы психолога в рамках учреждения, и это является *первым этапом* профессиональной деятельности медицинского психолога в хосписе.

Второй этап - осуществление коррекционной и профилактической работы профессионального выгорания и вторичной травматизации врачей и медицинского персонала хосписа. Сотрудники хосписа имеют возможность бесплатно консультироваться у психолога и по острым семейным проблемам. Работа с врачами носит совещательный характер и не имеет четкой структуры. В работе психолог использует диагностику эмоционального состояния, тестирование, технику релаксации, проводит семинары по теме «Этика хосписа».

Профессиональные и личностные качества психолога, работающего в паллиативной медицине

Работа онкопсихолога связана с такой непременной составляющей цикла жизни человека как смерть. Психолог много времени находится в среде, насыщенной переживанием страха смерти, боли и утраты близких. Это требует особых навыков и специальной психологической подготовки специалиста. В первую очередь, психологу необходимо владеть профессиональными коммуникативными навыками, также важно быть психологически зрелым человеком, принимать жизнь, себя и других людей целостно, а не фрагментарно. Большое значение имеет рефлексия психолога, которая позволяет осознавать свои чувства и мысли в настоящий момент и, вследствие этого, управлять ими. У психолога, как и у любого человека, могут быть проблемы, трудности и ограничения, но он, в отличие от других людей, может их в большей степени осознавать.

В ходе специальной психологической подготовки к работе онкопсихологу необходимо проработать собственное отношение к смерти, подкрепить гуманистическое отношение к больным, выработать устойчивые навыки неагрессивного и необвинительного поведения в конфликтной ситуации, интроспекции, эффективной утилизации собственных негативных переживаний. Профилактика эмоционального выгорания психолога позволяет продлить собственную профессиональную жизнь. Кроме интроспекции, психолог должен обеспечить себя поддержкой профессионального сообщества, посещать Балинтовские группы и обращаться за супервизией.

Пример из практики №5. *Физические и нравственные страдания перед смертью обычно резко снижают уровень невротизации личности больного. Между персоналом и пациентом устанавливаются подлинные отношения искренности и доверия. Общение с человеком, по-настоящему принимающим свой уход из жизни – самое ценное в работе для личности самого психолога.*

Таким образом, работу психолога в хосписе можно описать как поиск ресурсов пациента, родственников пациента, врачей и персонала хосписа и самого психолога. Анализ работы психолога в хосписе позволил выделить две проблемы, разрешение которых наиболее востребовано врачами и персоналом:

- утилизация негативных переживаний, связанных с ситуацией терминальной стадии рака (расчистить внутренне пространство),
- распознавание и использование ресурсов пациента (заполнить внутреннее пространство) для поддержания качества жизни больного независимо от срока его жизни. Примером этого является девиз, который был сформулирован одной из пациенток хосписа в процессе работы с психологом, «важно не как долго, а как именно».

Литература:

1. Вагайцева М.В. Психологическая помощь в паллиативной медицине (На примере Хосписа № 1, Санкт-Петербург) // Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие под ред. Н.С. Хрустальной - СПб.: Из-во СПбГУ.-2013. - Раздел II, параграф 7.4.- С. 125 – 133
2. Методические рекомендации по организации паллиативной помощи утв. Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 № 7180-рх
3. Паллиативная помощь. Убедительные факты. — Копенгаген, Дания: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2005. — 32 с. — ISBN 92-890-2282-5.
4. Чулкова В.А. О месте онкопсихологии в структуре психологической науки // Тез. докл. IV Всероссийского съезда онкопсихологов. – М. – 2012. – С.8-10.
5. Holland, J.C. The IPOS new International Standard of Quality Cancer Care: integrating the psychosocial domain into routine care / J. Holland, M. Watson, J. Dunn// Psycho-Oncology, Vol.20, N 7, 2011.-P.677-680.
6. Laubmeier, K.K. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: a test of transaction model of stress and coping / K.K. Laubmeier, S.C. Zakowski, J.P Bair // Int.J. Behav.Med. 2004, vol.11, №1, p.48-55.
7. <http://www.minzdrav-rso.ru/files>
8. <http://cyclowiki.org>

ГЛАВА 11

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ДИАГНОСТИКА ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Караваева Т.А.

Современный этап зарубежной и отечественной медицины характеризуется повышенным вниманием к точной и качественной диагностике заболеваний и коморбидных пограничных психических расстройств у больных с онкологической патологией, поскольку корректная и своевременная оценка состояния пациента позволяет выбрать оптимальную лечебную стратегию и тем самым повысить эффективность оказываемой помощи, улучшить качество жизни и течение основного заболевания. В первую очередь правильность верификации коморбидного диагноза пограничного психического расстройства обеспечивается четким определением критериев диагностики, клинической оценкой проявлений психопатологических нарушений, учетом их связи с протеканием основного онкологического заболевания. Симптоматика психических нарушений у больных с новообразованиями в большей степени опосредована содержанием психологических переживаний, вызванных протекающим патологическим процессом, отношением к болезни, ее следствиям, прогнозу, личностными особенностями пациента. Реализация задачи комплексного и всестороннего подхода к лечению, восстановлению и сопровождению пациентов с онкологической патологией должна обеспечиваться созданием понятных и воспроизводимых алгоритмов диагностики, терапии и реабилитации с учетом коморбидной патологии, позволяющих на разных этапах решать конкретные задачи [1, 3].

Биопсихосоциальная парадигма возникновения психических расстройств, определяет актуальность их диагностики и лечения в онкологии, способствует развитию интердисциплинарных связей этих направлений медицины. Постановка диагноза онкологического заболевания запускает

целый ряд переживаний и вызывает сильнейший психологический дистресс у каждого человека, что при дефиците механизмов совладания может приводить к развитию сопутствующих психических расстройств. Согласно DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders — руководству по диагностике и статистике психических расстройств) заболевания с высоким риском летальности считаются травматическими для психики факторами, которые способны вызвать в дальнейшем развитие психического расстройства. Специфическими особенностями дистресса у лиц с злокачественными образованиями являются непосредственное переживание угрозы жизни во время установления диагноза, а также хронический характер этой угрозы, в ряде случаев калечащая операция, тяжелое, длительное и токсичное послеоперационное лечение, способное приводить к возникновению сопутствующих заболеваний. Онкологическому заболеванию сопутствует ряд физиологических симптомов, таких как боль, тошнота, слабость, нарушение жизненных функций, инвалидность, оказывающих существенное влияние на эмоциональное состояние больных. Болезнь также предъявляет особые требования к психическим возможностям осуществления деятельности, ведет к ограничению контактов с окружающими людьми, потере социального статуса и существованию в новой роли пациента. В эмоциональной сфере больных, особенно в терминальной стадии, преобладает глубокое переживание обреченности, страх рецидива, предвосхищаемых мучений, увечий и, в конечном счете, страх смерти и тотальная неопределенность при мысли о будущем. Все эти факторы могут привести к развитию сопутствующих психических расстройств.

Эпидемиология

Исследования, посвященные оценке распространенности психических расстройств среди пациентов со злокачественными образованиями демонстрируют широкий разброс показателей - от 24 до 60% [9, 10, 17], что связано с существенными методологическими различиями в подходах. При этом большинство исследователей, обобщающих данные литературы по этой

проблеме, сходятся во мнении о значительном превышении уровня психической патологии у больных злокачественными новообразованиями в сравнении со здоровым населением и преобладании нозогенных реакций (расстройства адаптации, как реакция на основное заболевание) в спектре психических нарушений в рассматриваемом контингенте пациентов. При этом указывается, что психическая патология оказывает значимое неблагоприятное влияние на клинический и социальный прогноз онкологических заболеваний, включая сокращение сроков выживаемости, редукцию уровня адаптации и снижение качества жизни [11, 12].

По данным зарубежных исследований, около 30% больных с опухолевыми заболеваниями испытывают нарушения адаптации, а 20% - страдают серьезными психическими расстройствами [15]. В работе *Waggaclough J.*, посвященной распространённости психической патологии при онкологии, большое депрессивное расстройство встречается у 10–25% пациентов с онкологическими заболеваниями [5]. При этом у четверти пациентов, получающих паллиативное лечение, депрессия является ведущим синдромом в клинической картине психического расстройства, в то время как в общей популяции распространённость депрессии составляет 6-10%. *Bergevin P. Et al.* в своем исследовании обнаружил, что наличие в анамнезе депрессивных эпизодов повышает риск повторного развития депрессии, а также других психических расстройств при новообразованиях [6].

В исследовании *L.R. Degoratis et al.* пациентов с онкологическими расстройствами, психические расстройства выявлялись почти у 50% выборки, большинством из которых были расстройство адаптации и психотическая депрессия [7]. Другие работы, которые были посвящены изучению психических расстройств больных с прогрессирующим злокачественным заболеванием в терминальной стадии, показали схожие результаты. Так, некоторые из них выявили уровень расстройств адаптации в пределах 9-35%, и большой депрессии – 8-26%. [4, 8, 13, 16].

В исследовании Kerrihard T. et al. с помощью таких инструментов, как госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), симптомы тревоги были определены у 15-28% пациентов [11]. Stark D.P. и House A. использовали полуструктурированное интервью с целью дифференциальной диагностики тревожных расстройств при злокачественном образовании. В их исследовании было обнаружено, что на долю генерализованного тревожного расстройства приходится 1,7-2,3%, расстройства адаптации с беспокойством – 3,9-4,2%, фобического расстройства – 6,9% и панического расстройства – 1,3% [14].

Zabora J et al. провели одно из крупнейших исследований распространённости и интенсивности психопатологического дистресса у лиц со злокачественными новообразованиями, в которое были включены 4496 пациентов. В результате проведенной работы было выявлено, что интенсивность дистресса достигала клинически значимого уровня в 35,1% случаев [17]. Уровень дистресса был достоверно выше у пациентов с диагнозами рак легких (43,4%) и мозга (42,7%), тогда как при гинекологическом раке (29,6%), раке предстательной железы (30,5%) и толстого кишечника (31,6%) его уровень был значимо ниже. При онкологии поджелудочной железы отмечались наиболее высокие уровни депрессии (56,3%) и тревоги (56,7%). Популяции, наиболее подверженные дистрессу, включали людей с низким уровнем дохода, недостаточной социальной поддержкой, очень молодого или старческого (80-90 лет) возраста [17].

Наличие депрессивных симптомов, потеря смысла и целей в связи с неопределенностью перспектив будущего, вместе с сопутствующей этому состоянию беспомощностью и субъективной недееспособностью может усугублять желание ускоренной смерти. В связи с этим у пациентов, страдающих злокачественными опухолями, актуальной становится проблема профилактики суицидов. Большинство исследований, направленных на выявления факторов риска совершения суицида, указывают на тяжелое

физическое состояния пациентов, вплоть до полной физической недееспособности, а также на наличие психических расстройств.

Алгоритм диагностики психических нарушений у больных с онкологическими заболеваниями

Для диагностики пограничных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями применяются следующие методы:

- клинический метод (клинико-anamnestический аспект);
- клинико-психопатологический метод;
- клинико-патогенетический аспект;
- экспериментально-психологический метод;
- инструментально-лабораторные методы – электроэнцефалографический, нейропсихологический.

Клинико-anamnestический метод

Клинико-anamnestический метод направлен на выяснение факторов, принимавших участие в формировании преморбиды больных и в развитии психопатологических расстройств. Оценивается влияние биологических, соматических, социальных и психологических провоцирующих факторов в возникновении и поддержании патологического процесса. Изучается история возникновения, течения и предыдущий опыт лечения онкологической патологии, его результативность.

Клинико-психопатологический метод

Клинико-психопатологический метод имеет целью описание психической патологии, выделение основных признаков заболевания (симптомов), выявления их структуры (синдромов) и динамики (синдромакинеза), а также определение отношения больного к своему заболеванию (как к психическому состоянию, так и основному онкологическому заболеванию) и к отдельным его проявлениям, связь психопатологических симптомов с симптомами основного заболевания

Клинико-патогенетический метод

Клинико-патогенетический метод позволяет оценить механизмы возникновения пограничных психических расстройств и их клинических проявлений, выявить совокупность процессов, определяющих начало, течение и исход болезни с позиции биопсихосоциальной парадигмы развития заболеваний.

Экспериментально-психологический метод

Для дифференциальной диагностики, оценки выраженности клинических проявлений, характеристики психологических особенностей, определения психотерапевтических мишеней целесообразно использовать экспериментально-психологический метод, который может включать в себя следующие методики:

- Симптоматические опросники: опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List-90- Revised – SCL-90-R); шкала тревоги Бека (The Beck Anxiety Inventory – BAI; шкала тревоги Гамильтона (The Hamilton Anxiety Rating Scale, сокр. HARS); шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI); интегративный тест тревожности (ИТТ).
- Методики для психологической диагностики структуры личности: стандартизованный клинический личностный опросник ММПИ (адаптированный И.Н. Гильяшевой, Л.Н. Собчик и Т.Л. Федоровой (1982) – полный вариант ММПИ); методика «Я - структурный тест» Г. Аммона (ISTA), И. Бурбиль (2003).
- Методики для исследования отдельных индивидуально-психологических особенностей личности: методика для определения уровня субъективного контроля личности (УСК); опросник для исследования личностных убеждений «Personal Beliefs Test» (Kassinove H., Berger A., 1984); многомерная шкала перфекционизма (Multidimensional perfectionism scale – MPS).

- Методики для психологической диагностики факторов риска психической дезадаптации: методика «Индекс жизненного стиля» (Life style index); методика Е. Heim (1988); методика совладающего поведения (COPE); мельбурнский опросник принятия решений (Melbourne decision making questionnaire – MDMQ).
- Методики для психологической диагностики системы значимых отношений: опросник для исследования межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems (ИИП)); методика для исследования выраженности внутриличностных конфликтов, разработанная С. Ледером и сотр. (1973).

Скрининг панического расстройства

Шкала тревоги Шихана (ShARS) разработана D.V. Sheehan в 1983 году. Это скрининговый тестовый инструмент для диагностики и самодиагностики расстройств тревожного спектра. Методика создана в 1983 году на основании выборки симптомов тревожных расстройств и панических атак и включает в себя наиболее распространённые проявления этих расстройств, в том числе соматические и вегетативные проявления тревоги. Шкала предназначена для использования на популяции взрослых лиц с установленным или предполагаемым расстройством тревожного спектра. Средний балл при паническом расстройстве и агорафобии составляет 57 ± 20 . Целью терапии должно быть достижение уровня тревоги ниже 20 баллов.

Для предварительной диагностики целесообразно использовать скрининговую методику на выявление генерализованного тревожного расстройства - опросник, который представляет собой шкалу самоотчета, включающую семь вопросов. Пациенту предлагают оценить выраженность следующих проявлений в течение последних 2 недель:

- переживание тревоги, нервозности или ощущение «на грани срыва»;
- отсутствие возможности прекратить или контролировать тревогу;
- сильное беспокойство по различным поводам;
- трудность расслабления;

- неусидчивость;
- раздражительность и несдержанность;
- тревожные предчувствия пугающих событий.

Каждый симптом оценивают по выраженности от 0 до 3 баллов. Полученная сумма отражает общий уровень тревожности пациента:

- 0-4 – минимальный уровень тревожности;
- 5-6 – умеренный уровень тревожности;
- 10-14 – средний уровень тревожности;
- 15-21 – высокий уровень тревожности.

Средняя выраженность у больных ГТР составляет 14,4 балла.

Алгоритм диагностики

Диагностику и верификацию пограничных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями проводит врач-психиатр, врач-психотерапевт, используя комплекс методов для определения наличия диагностических критериев указанных заболеваний и дифференциальной диагностики с другими патологическими состояниями, учитывая также данные, получаемые от других специалистов (медицинских психологов, социальных работников, врачей других специальностей – онкологов, терапевтов) [3].

На первом этапе тщательно оцениваются особенности клинических проявлений, выраженность тревожных, депрессивных, ипохондрических нарушений, их длительность и связь с актуальными жизненными обстоятельствами пациента, характерную динамику, взаимозависимость с основным онкологическим заболеванием, его течением, имеющимися осложнениями, терапией, побочными эффектами, прогнозом. Особое внимание обращается на риск суицидального поведения. Информативными являются данные о предыдущем назначенном лечении тревожных и депрессивных нарушений и его результатах. Проводится оценка психического, соматического и неврологического статусов, наличие коморбидной психической и сопутствующей соматической патологии.

Оценивается все виды получаемого больным противоопухолевого лечения с целью определения совместимости и взаимного влияния с психотропными препаратами для выбора оптимальной психофармакотерапии. Важное значение для выбора медикаментозной терапии, направленной на купирование психопатологической симптоматики, имеет и сам характер опухоли, поскольку механизм действия препаратов может влиять на обменные процессы, эндокринную, кроветворную, иммунную системы и пр. В результате первого этапа осуществляется предварительная верификация диагноза, первичная дифференциальная диагностика (клиническая) с другой психической патологией.

На втором этапе осуществляется назначение и оценка данных дополнительных методов исследования. Определяется их необходимый объем, проводятся экспериментально-психологическое и инструментально-лабораторное обследование. Цель этого этапа - подтверждение диагноза, детальная дифференциальная диагностика с другими заболеваниями.

На третьем этапе оцениваются личностные и индивидуально-психологические особенности пациента, его физические и психологические адаптационные ресурсы и влияние на них течения опухолевого заболевания, актуальная жизненная ситуация, наличие поддерживающих близких, уровень социальной активности, степень и распространенность нарушенных сфер функционирования из-за основного патологического процесса, внутренняя картина онкологического заболевания и психического расстройства, мотивация на противоопухолевое лечение, психологическую помощь, психотерапию, психофармакотерапию. Это позволяет определить индивидуальные особенности заболевания, оценить вклад биологических, психологических и социальных факторов в его развитие и течение, выделить психотерапевтические мишени, определить стратегию психофармакотерапии, оптимизировать соотношение медикаментозного и психотерапевтического лечения.

Пограничные психические расстройства, развивающиеся на фоне онкологической патологии – заболевания, в отношении которых необходимо комплексное применение биологических, психотерапевтических, психосоциальных, психообразовательных методов и использование различных организационных форм помощи [2]. Это соответствует современным положениям о бригадном полипрофессиональном подходе в работе с онкологическими больными и приближению оказания помощи к современным представлениям об единстве регуляторных соматических и психические механизмов в этиопатогенезе различных заболеваний.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных // Журнал клинической психоонкологии. – 2003. – № 3. – С. 79-81.
2. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.
3. Караваева Т.А., Васильева А.В., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П., Лукошкина Е.П., Беляев А.М. / Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных. // Вопросы онкологии. – 2016. – №2. – С. 355-360.
4. Akizuki N., Yamawaki S., Akechi T., Nakano T., Uchitomi Y. Development of an Impact Thermometer for use in combination with the Distress . Thermometer as a brief screening tool for adjustment disorders and/or major depression in cancer patients. // J Pain Symptom Manage. – 2005. – Vol. 29(1). – P. 91-99.
5. Barraclough J. Cancer and Emotion. // Abingdon: Radcliffe Medical, 1994. – 210 p.
6. Bergevin P., Bergevin R. Recognising depression. // Am J Hospice Pall Care. - 1995. - Vol. 12. – P. 22 - 33.
7. Derogatis L. R., Morrow G. R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. // JAMA. – 1983. – Vol. 249. – P. 751-757.
8. Gil Nuno P., Albuquerque E., Vilao O. Use of psychotropic drugs in palliative cancer care: A retrospective Study. // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 154.
9. Gurevich M., Devins G. M., Rodin G. M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues // Psychosomatics. – 2002. – Vol. 43. – P. 259-281.

10. Holaway R. M., Rodebaugh T. L., Heimberg R. G. The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. // In G.C.L.Davey, A. Wells (Egs.) *Worry and its psychological disorder: Theory, assessment and treatment* Chichester: Wiley, 2006. – P. 3-20.
11. Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus. // *Semin Clin Neuropsychiatry*. – 1999. – Vol. 4. – P. 114-132.
12. Raison C. L., Miller A. H. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. // *Biol Psychiatry*. – 2003. – Vol. 54(3). – P. 283-294.
13. Razavi D., Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients. // *Adjustment disorders and depressive disorders. Support Care Cancer*. – 1994. – Vol. 2(4). – P. 223-232.
14. Stark D.P., House A. Anxiety in cancer patients. // *Br J Cancer*. – 2000. – Vol. 83. – P. 1261-1267.
15. Turk C. L., Heimberg R. G., Luterek J. A., Mennin D. S., Fresco D. M. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: a comparison with social anxiety disorder. // *Cognitive Therapy and Research*. – 2005. – Vol. 29. – P. 89-106.
16. Williams M. L., Friedman T., Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. // *J Pain Symptom Manage*. – 2001. – Vol. 22. – P. 990-996.
17. Zabora J., Brintzenhogesoc K., Curbow B., Hooker C., Piantadosi S. The prevalence of psychosocial distress by cancer site. // *Psychoncology*. – 2001. – Vol. 10. – P. 19-28.

ГЛАВА 12

СТРЕССОВЫЕ И АДАПТАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА, РАЗВИВАЮЩИЕСЯ В СВЯЗИ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Караваева Т.А.

Кратковременные психогенные реакции ограничены во времени, почти всегда обозначено начало их возникновения и течения. Они обычно развиваются только в ответ на конкретную дезадаптирующую психогенную ситуацию. У онкологических пациентов наиболее часто острые психогенные реакции возникают при первичном информировании о наличии онкологического заболевания (факта установления диагноза) и осознании неблагоприятного прогноза (летального исхода) Такого рода состояния могут иметь место как у индивидуумов без признаков преморбидных личностных аномалий, так и на фоне психических отклонений.

К кратковременным психогенным реакциям (дезадаптации в узком смысле слова) относят **острую (шоковую) реакцию на стресс (F43.0)** – транзиторное нарушение значительной тяжести, которое возникает у лиц, без видимого психического расстройства в ответ на исключительный физический и психологический стресс и проходит в течение несколько часов или дней [1]. Стрессом в случае онкологического заболевания может быть сильное переживание (например, угроза безопасности для жизни из-за злокачественной патологии, осознание реальности смерти) или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении и/или окружении больного (к примеру, потеря работы, возможности содержать близких, детей, калечащая, инвалидизирующая операция) [13].

Острые шоковые реакции описывались под названием «психозы ужаса» (Schreckpsychosen), но в литературе фигурируют также такие определения, как «эмотивный шок», «острые аффектогенные реакции», «кризисные реакции», «реакции экстремальных ситуаций» [7]. В возникновении и

тяжести острых реакций на стресс играют роль индивидуальные адаптивные возможности человека, особенности его уязвимости и устойчивости к различным стрессогенным агентам. Риск развития такого рода расстройств возрастает при физическом истощении, сниженном иммунитете, недостаточном весе на фоне онкологической патологии и /или лечения, интоксикационном ослаблении на фоне химиотерапии или наличии у индивидуумов «органичности» (например, снижение активности, ограничении движения, пожилой возраст, осложнения основного заболевания) [8].

У онкологического больного в момент стресса, воспринимающегося как острая психическая травма, возникает фиксация на таких механизмах защиты, как экстремальная идентификация, вытеснение [10]. В результате возможны изменения сознания, нарушения восприятия и поведения. Симптомы включают: начальное состояние оглушенности с некоторым сужением поля сознания и снижением внимания, неспособность адекватно реагировать на внешние стимулы и дезориентировку. Часты вегетативные признаки профузной тревоги (тахикардия, потливость, покраснение). Имеет место частичная или полная амнезия стрессового события [4, 9].

Диагностика «острой реакции на стресс» осуществляется при соответствии состояния следующим критериям:

- Переживание обусловлено воздействием стресса, связанного с осознанием онкологического заболевания и неблагоприятного социального или медицинского прогноза
- Развитие симптомов непосредственно вслед за этим в течение часа.
- При смягчении, отдалении стресса, эмоциональной поддержке симптомы начинают редуцироваться не более чем через 8 часов, при сохранении стресса (сохраняющихся острых переживаниях— не более чем через 48 часов.
- Отсутствуют признаков какого-либо другого психического расстройства, за исключением генерализованного тревожного (F41.1), а

также ситуации, когда эпизод какого-либо предшествующего психического расстройства завершен менее, чем за 3 месяца до действия данного стресса.

- В зависимости от характера имеющейся симптоматики она разделяется на группу А и группу Б.

Группа А включает критерии генерализованного тревожного расстройства (F41.1), а именно — преимущественно общевегетативные симптомы (усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, тремор или дрожь, сухость во рту); вегетативные нарушения со стороны органов дыхания, желудочно-кишечного тракта; симптомы, относящиеся к общему самочувствию (ощущение головокружения, неустойчивости или предобморочности) или психическому состоянию (дереализация, деперсонализация, страх потери контроля, сумасшествия или смерти); симптомы «напряжения» (мышечное напряжение или боли, беспокойство и неспособность к релаксации, чувство нервозности или общего психического напряжения, ощущение кома в горле или затруднения при глотании) и некоторые другие. Наблюдаемые нарушения не должны отвечать критериям другого психического расстройства или быть вызванными соматическим заболеванием, а также приемом химических веществ.

Группа Б включает следующие симптомы:

- уход от ожидаемого социального взаимодействия – избегание общения с близкими, врачами, другими медицинскими работниками, ознакомлением с результатами обследования, покидание медицинского учреждения и др;
- сужение внимания;
- проявления дезориентации;
- гнев или вербальная агрессия;
- отчаяние или безнадежность;
- неадекватная или бессмысленная гиперактивность;
- неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

С учетом представленности приведенных выше двух групп симптомов «А» и «Б» **острая реакция на стресс подразделяется на:**

- **легкую (F43.00)** - имеются симптомы лишь группы А;
- **умеренную (F43.01)** - имеются симптомы группы А и не менее 2-х симптомов из группы Б);
- **тяжелую** (имеются симптомы группы А и не менее 4 симптомов из группы Б, или имеется диссоциативный ступор **F44.2**).

Различают гипер- и гипокинетическую формы острых реакций на стресс, обе из которых могут встречаться у больных с онкологическими заболеваниями.

Гиперкинетическая форма острой реакции на стресс

При гиперкинетической форме, в известной степени соответствующей реакции «двигательной бури» [23], поведение больных теряет целенаправленность; на фоне быстро нарастающей тревоги и страха возникает хаотическое психомоторное возбуждение с беспорядочными движениями, бесцельными метаниями, стремлением куда-то бежать (фугиформная реакция). Ориентировка в окружающем нарушается. Продолжительность двигательного возбуждения невелика, оно, как правило, прекращается через 15—25 мин.

Гипокинетическая форма острой реакции на стресс

Для гипокинетической формы, соответствующей реакции «мнимой смерти» [7], характерны состояния резкой двигательной заторможенности, доходящей до полной обездвиженности и мутизма (аффектогенный ступор). Больные обычно остаются на том месте, где возник аффект страха; они безучастны к происходящему вокруг, взгляд устремлен в пространство. Продолжительность ступора от нескольких часов до 2—3 дней. Переживания, относящиеся к острому периоду выраженных нарушений, обычно амнезируются.

По окончании острой реакции на стресс у большинства пациентов выявляются симптомы переходного периода расстройства (аффективная

напряженность, нарушения сна, психовегетативные нарушения, нарушения поведения и др.) или имеет место **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)** [11, 16].

Расстройства адаптации

В патогенезе расстройств адаптации ведущую и существенную роль играет психогенный (стрессовый) фактор, т. е. воздействие психотравмирующей ситуации, различной степени выраженности и длительности [12]. У пациентов с онкологическим заболеванием сам факт постановки диагноза уже может быть достаточным пусковым фактором развития адаптационных нарушений. Длительность заболевания, смертельная угроза, инвазивная терапия, социальные ограничения, связанные с заболеванием обеспечивают длительность и интенсивность стрессового нозогенного воздействия. У каждого индивида имеется характерный ему «барьер адаптации», т.е. уровень устойчивости к стрессовым факторам, который прорывается при чрезмерных воздействиях на психику и организм человека. Стрессогенность онкологического заболевания в первую очередь зависит от представлений больного о характере расстройства, его последствиях, прогнозе и тяжести лечения. Устойчивость или уязвимость психической сферы определяются, индивидуальной предрасположенностью, личностными особенностями, защитными механизмами, механизмами совладания, адаптационными ресурсами [14].

Расстройства адаптации у больных с онкологическими заболеваниями представляют собой состояния субъективного страдания и эмоционального расстройства, обычно препятствующие социальному функционированию и продуктивности, и возникающие в период адаптации к значительному изменению в жизни, вызванного новообразованием, стрессовой нагрузке, в виде серьезной физической болезни.

Проявления различны и включают депрессивное настроение, пессимистические мысли и восприятие будущего, тревогу, беспокойство (или их смешение); чувство неспособности справиться, планировать или

продолжать оставаться в настоящей ситуации; а также некоторую степень снижения продуктивности в ежедневных делах. Ни один из симптомов не является столь существенным или преобладающим, чтобы свидетельствовать о более специфическом диагнозе.

Начало обычно в течение месяца после стрессового события или изменения в жизни (постановка диагноза онкологического заболевания, известие о неблагоприятном прогнозе, подготовка к исследовательским манипуляциям или этапу лечения – химиотерапия, оперативное вмешательство, изменение профессионального статуса, уровня социального функционирования, материальные трудности, угнетающие жизненные обстоятельства и другое).

Диагноз расстройства адаптации у больных с онкологическими заболеваниями зависит от внимательной оценки соотношения между:

- формой, содержанием и тяжестью психопатологических симптомов, их связью с течением и прогнозом онкологического заболевания;
- анамнестическими данными и личностью (история течения онкологического заболевания, толерантность пациента к стрессовым ситуациям, отношение и восприятия заболевания, преморбидными личностными особенностями);
- стрессовым событием, ситуацией и жизненным кризисом (все особенности стрессового воздействия онкологического заболевания, жизненные обстоятельства, экзистенциальными переживаниями вопросов смерти, жизни, существования с болью, одиночества, смысла и др.).

Наличие третьего фактора должно быть четко установлено и должны быть веские, хотя, возможно, и предположительные доказательства, что расстройство не появилось бы без него. В случае с онкологическим заболеванием у пациента обычно установление такой связи не представляется затруднительным.

Практика показывает, что прогностически хуже, если ситуации напряжения и стресса носят не острый краткосрочный, а длительный

характер и затрагивают систему значимых отношений индивида, это в полной мере относится к возникновению, развитию онкологической патологии. Большое значение имеет сохранение способности пациента с злокачественным заболеванием к проблемно-решающему поведению и адекватной оценке ситуации [15]. Часто сам факт наличия высокого уровня тревоги, фрустрации, ощущения беспомощности является психотравмирующим фактором, существенно влияющим на самооценку больного. При этом изначально незрелые, дисгармоничные личности обладают ограниченными способностями к модификации поведения и совладанию со стрессом, им не достает умения классифицировать события, связанные с онкологическим заболеванием, в соответствии с прошлым опытом, они в большей степени склонны к стереотипному реагированию по инфантильным паттернам. Патологические формы реагирования на симптомы: обескураженность, игнорирование, катастрофизация, отрицание, патологическая фиксация, формирование неадекватных защит, требование чрезмерного внимания окружающих, встречаются гораздо чаще, чем рациональная адаптация.

Одной из основных жалоб при расстройстве адаптации при онкологических заболеваниях является тревога, которая неожиданно переполняет пациента и сопровождается выраженными вегетативными реакциями, что становится особенно болезненным при неразвитом навыке ассимилировать эмоции и приспосабливаться к ним [2,5]. Такие пациенты чаще склонны преобразовывать свою тревогу в активные, но не всегда оправданные действия и имеют ограниченные интроспективные способности, цепляясь за «рациональность», полностью игнорируют «логику эмоций», для них потеря привычного уровня работоспособности становится дополнительным психотравмирующим фактором. Поэтому они часто нуждаются в назначении медикаментозной терапии, которая бы снижая тревогу, позволяла бы сохранять интеллектуально-мнестическую деятельность на оптимальном уровне. Психотерапия с этим контингентом

больных требует времени, поскольку ограниченные рефлексивные способности часто сочетаются в данном случае со страхом перед заболеванием и его последствиями, а сама ситуация необходимости обратиться за помощью к психологу, психотерапевту воспринимается как унижительная, что усиливает тревогу и затрудняет построение рабочих терапевтических отношений [3].

Такие симптомы как тревога и депрессия при онкологическом заболевании могут приводить к так называемым вторичным нарушениям, обусловленным реакциями личности на измененное эмоциональное состояние. Нередко возникают характерные «тревога по поводу тревоги» или «депрессия в связи с депрессией», при этом вторичные нарушения могут быть стойкими и способствовать развитию невротической фиксации и деморализации [6]. Своевременное назначение адекватной медикаментозной терапии позволяет своевременно прервать этот «порочный круг». Весь тревожный симптомокомплекс, включающий вегетативные нарушения, раздражительность, нарушения сна, снижение концентрации внимания и нарушения запоминания может ошибочно интерпретироваться пациентами и расцениваться как проявления онкологического заболевания, что отдаляет пациента от обращения за медицинской помощью психотерапевта, психиатра.

Поскольку расстройства адаптации относятся к кругу нарушений невротического уровня основным методом лечения при этих заболеваниях у онкологических больных должна являться психотерапия. В последнее время в комплексной терапии расстройств адаптации в целях оказания комплексного и более эффективного воздействия все активнее используются психотропные препараты, представляющие различные фармакологические группы.

Литература:

1. Выборных Д. Э., Иванов С. В., Савченко В. Г. Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – С. 4-10.
2. Куприянова И. Е., Слонимская Е. М., Бехер О. А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной

- железы // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 22-24.
3. Незнанов Н. Г., Петрова Н. Н. Психологическая реабилитация и качество жизни. // Психотерапия и психофармакотерапия. – 2002. – № 5. – С. 123-129.
 4. Нуллер Ю. Л. Тревога и ее терапия // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4. – № 2. – С. 4-6.
 5. Самушия М. А., Зубова И. В. Нозогении (психогенные реакции) при раке молочной железы // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 24-29.
 6. Скрябин Д. С. Нозогенные реакции при раке поджелудочной железы // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 4. – С. 9-16.
 7. Смулевич А. Б., Ротштейн В. Г. Психогенные заболевания // Руководство по психиатрии (под ред. А. В. Снежневского). – М.: «Медицина», 1983. – С. 59-70.
 8. Смулевич А. Б., Иванов С. В., Бескова Д. А., Шафигуллин М. Р. Нозогенные реакции у больных раком желудка. // Психические расстройства в общей медицине. – 2007. – № 3. – С. 4-10.
 9. Akechi T., Okamura H., Nishiwaki Y. et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma. A longitudinal study. // Cancer. – 2001. – Vol. 92. – P. 2609-2622.
 10. Barraclough J. Cancer and Emotion. // Abingdon: Radcliffe Medical, 1994. – 210 p.
 11. Gil Moncayo F. L., Costa Requena G., Perez F. J., Salamero M., Sanchez N., and Sirgo A. Psychological adjustment and prevalence of psychiatric disorders in cancer patients. // Med Clin (Bare). – 2008. – Vol. 130(38). – P. 90-92.
 12. Jacobsen P. B., Donovan K. A., Trask P. C. et al. Screening for psychological distress in ambulatory cancer patients. // Cancer. – 2005. – Vol. 103. – P. 1494-1502.
 13. Kretschmer E. (Кречмер Э.) Строение тела и характер / пер. с нем., 2-е изд. — М.—Л. : Гос-издат, 1930. – 304 с.
 14. Montgomery Ch., Pocock M., Titley K. et al. Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. // General Hospital Psychiatry. – 2007. – Vol. 29. – P. 251-356.
 15. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M. et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors. // Breast Cancer Res Treat. – 2000. – Vol. 61. – 251-256.
 16. Spijker A. van't, Trijsburg R. W., and Duivenvoorden H. J. Psychological sequelae of cancer diagnosis: a meta-analytical review of 58 studies after 1980. // Psychosom Med. – 1997. – Vol. 32. – P. 493-516.

ГЛАВА 13

РАЗВИТИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССОВОГО РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Караваева Т.А., Васильева А.В., Лукошкина Е.П.

Ситуацию диагноза онкологического заболевания и течение самого заболевания можно расценивать как психотравмирующую, и соответственно отнести ее к чрезвычайным психотравмирующим стрессорам, которые могут способствовать развитию посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [4]. Согласно критериям DSM-V, диагноз ПТСР ставится, если, во - первых, человек был очевидцем или участником ситуации, в которой имела место смерть, угроза жизни, смертельно опасное ранение или опасность физической целостности, либо индивид иным образом столкнулся с идентичной ситуацией. Во-вторых, субъект в ответ на эту ситуацию должен испытывать выраженную беспомощность, страх или ужас. Следовательно, событие считается психотравмирующим, если имеет место смерть, серьезное повреждение или угроза жизни, а также при наличии в спектре переживаний индивида в ответ на событие выраженного негативного аффекта [1, 2]. Критерии, зафиксированные в МКБ-10, также отражают эти принципиальные характеристики нарушений. Таким образом, диагностирование онкологического заболевания соответствует данным критериям, так как несет в себе объективную угрозу жизни и сопровождается выраженным эмоциональным переживанием. Более того, важно указать существенное отличие специфики травматизации при онкологической патологии, которое может влиять на динамику течения ПТСР - опасное для жизни заболевание угрожает будущей жизни человека, в отличие от событийных видов травм, которые, как правило, являются событиями прошлого, запечатленными в памяти и влияющими на настоящее. Онкологическая патология несет в себе хронический характер угрозы жизни, кроме того, тяжелые аспекты лечения

онкологических заболеваний, такие как операция с риском летального исхода, химиотерапия, послеоперационное воздействие, могут являться дополнительными источниками стрессового воздействия. Особенности субъективного переживания болезни онкологических больных, такие как ощущение потери контроля, чувство опасности, переживание, что физическая целостность находится под угрозой и в связи с этим чувство беспомощности становятся значимыми факторами в развитии реактивного состояния [8, 12].

Результаты исследований ПТСР среди пациентов с различными видами онкологического заболевания демонстрируют распространенность полного его варианта (наличие всех критериев) и отдельных посттравматических симптомов от 5% до 35% [12, 14, 16]. Ряд исследований фокусируется на факторах риска формирования ПТСР при онкологии. В них было установлено, что наличие дезадаптивных черт личности в преморбиде, диссоциативные проявления непосредственно после травмы, инвалидность после травмирующего события, одиночество, неудовлетворительный социальный статус, дезадаптивные стратегии совладания со стрессом в сочетании с жизнеугрожающим заболеванием могут привести к развитию клинически значимого ПТСР [11].

Тарабриной Н.В. было проведено комплексное исследование посттравматического стресса у женщин с раком молочной железы (РМЖ) [8]. В исследование вошли 75 женщин, прооперированных и завершивших лечение по поводу диагноза «рак молочной железы». Отдельным критерием был срок не менее чем 3 месяца после окончания лечения. В результате проведенного исследования, было обнаружено, что у 41,3 % больных РМЖ наблюдались отдельные признаки посттравматического стресса, и у 24 % женщин психологический дистресс достигал уровня, соответствующего клинической картине посттравматического стрессового расстройства.

В результате были выделены основные этиологические факторы, способные привести к развитию симптомов посттравматического стресса, —

ощущение угрозы жизни, хроническое течение заболевания и калечащий характер операции.

В ходе работы были выделены факторы риска возникновения ПТСР у больных раком молочной железы, к которым относятся:

- особенности образования и социального положения женщин,
- базисные жизненные убеждения,
- наличие предшествующих психотравм в анамнезе.

Было обнаружено, что пациенты без признаков ПТСР характеризовались значимо более высоким уровнем образования, что можно проинтерпретировать тем фактом, что высокий уровень образования оказывает влияние на выбор наиболее эффективных стратегий совладания, реализуемых человеком для преодоления травматических событий.

Кроме того, было выявлено, что у неработающих женщин наблюдались более интенсивные симптомы интрузий (вторжения, навязчивого переживания травматического материала), физиологического возбуждения и соматических компонентов депрессии.

Пациенты, не имеющие клинически выраженных признаков ПТСР, напротив, отличались наличием работы или вовлеченности в какую - либо другую сферу деятельности, позволяющую им переключиться от мыслей о заболевании.

Пациентки с признаками ПТСР отличались значительно более негативным образом собственного «Я», убеждением в собственной неудачливости и неспособности контролировать происходящие с ними события. Больные с высокой интенсивностью посттравматических стрессовых реакций также характеризовались большим количеством жизненных стрессов до заболевания, а влияние пережитых травматических ситуаций на собственную жизнь они оценивали как более значимое.

Кроме того, у женщин группы с клинически выраженным ПТСР был выделен феномен кумулятивного стресса: цепочка накапливающихся стрессовых событий перед заболеванием, большее количество стрессов в

целом, высокий уровень личностной тревожности и неспособность справляться с ситуациями напряжения [16].

В двух независимых исследованиях М.А. Andrykowski and P.B. Jacobsen et al., посвященных изучению наличия посттравматического стрессового расстройства у больных РМЖ, были выявлены критерии ПТСР у 12-19 % больных. При этом пациентки, которые были менее информированы о своем заболевании, имеющие глубоко зашедшие стадии болезни, длительные сроки пребывания в больнице, отличались большим количеством симптомов ПТСР.

Распространенность расстройства была выше у женщин, подвергавшимся более интенсивным способам лечения (операции), чем у тех, кого лечили консервативно. Зависимость симптомов расстройства ассоциировалась со степенью угрозы для жизни [9, 11].

Интенсивная терапия и реанимационные мероприятия являются одним из сильнейших травмирующих факторов при онкологическом заболевании и, как правило, сопровождаются ощущениями беспомощности и страхом смерти. Пациенты во время интенсивной терапии практически полностью зависимы от медицинского персонала, при этом, к примеру, искусственная вентиляция легких делает речевой контакт невозможным.

В работе J.C.Richter et al., посвященной проблеме ПТСР после продолжительного болезненного интенсивного лечения было показано, что у пациентов с травмами был значительно выше риск развития ПТСР, чем при других заболеваниях. Распространенность ПТСР по данным этой работы не имела отношения к тяжести травмы и продолжительности лечения.

В других работах, посвященных ПТСР в группе пациентов, которые перенесли короткий курс интенсивной терапии после серьезной травмы, были выявлены психические расстройства (ПТСР, расстройства тревожного и депрессивного ряда) в 25,5% случаев [15].

В исследовании, где использовались опросники, разосланные по электронной почте, у пациентов, ранее лечившихся в отделении реанимации, выявлены значительные уровни ПТСР - до 38%. В других опубликованных

работах о случаях ПТСР после интенсивной терапии распространенность колебалась между 5% и 14%. Таким образом, реанимационные мероприятия, болезненные инвазивные процедуры не могут рассматриваться как дополнительный фактор риска развития ПТСР [13].

С целью выделения факторов риска ПТСР Y-L. Lee и Sh. J. Santacrose было проведено изучение пациентов, перенесших острый лейкоз и получивших полное излечение, промежуток времени с момента выздоровления составил три года. Средний возраст группы составлял 27,4 года. В результате было обнаружено, что 13% участников имели клинически значимый уровень расстройства. Более высокие показатели относительно других были выявлены у пациентов, которые жили в одиночестве, имели низкие социальные выплаты и не подвергались пересадке костного мозга. В клинически значимой группе ПТСР было гораздо больше проживающих в одиночестве, чем в группе с отсутствием данного расстройства [12].

Реакция на воздействие стрессоров может быть различной в зависимости от личностных характеристик пациентов, их жизненных установок и ценностей, возраста, семейного статуса и является интегративным ответом на когнитивную оценку и эмоциональную значимость того или иного аспекта психотравмирующей ситуации заболевания. Таким образом, важной задачей современных исследований в области психоонкологии является выделения факторов риска развития психических расстройств вследствие тяжелого соматического заболевания, в том числе предикторов развития ПТСР [12, 16].

Некоторые исследования выдвигают предположение, что молодой возраст, женский пол, болевой синдром, определенная локализация поражения онкологического заболевания, химиотерапия, метастазы головного мозга, большая депрессия в анамнезе, отсутствие социальной поддержки являются факторами риска развития ПТСР в терминальной стадии рака [8]. Однако ни в одной из работ не приведено достаточных данных для подтверждения этих фактов.

Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) – одно из пограничных психических расстройств, в развитии которых основополагающее место занимают неспецифические нарушения невротического уровня. Посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) возникает после латентного периода продолжительностью от нескольких недель до нескольких (обычно не более 6) месяцев [1, 3].

Связано это с тем, что островозникшая жизнеопасная ситуация может в последующем, на относительно отдаленных этапах неврозогенеза, спровоцировать развитие психических и связанных с ними соматических расстройств в форме ПТСР. Такое состояние возникает у большого числа людей после пережитой ими общей, объединяющей, обычно внезапно развившейся ситуации, последствия которой, несмотря на порой значительную временную давность, продолжают существовать в качестве индивидуально значимой психогении.

Несомненно, что пациенты с онкологической патологией являются группой риска в отношении развития у них ПТСР, поскольку переживания, возникающие в процессе переработки информации о болезни и хроническая угроза жизни в наибольшей степени способствуют развитию психопатологических нарушений.

В зависимости от начала и продолжительности симптомов, типичных для **ПТСР 3 варианта** его проявления [3]:

- **Острое**, продолжительностью 1-3 мес. (в случае развития непосредственно после жизнеопасного события расстройства, продолжающегося менее 1 мес.).
- **Хроническое**, продолжительностью более 3 мес.
- **С отсроченным началом** (характерные симптомы начинают появляться не менее чем через 6 мес. после воздействия травмирующего события). Для больных с онкологической патологией такой тип течения чаще встречается при рецидивировании онкологической патологии [8].

В инциденте заболевания у пациентов с начальными стадиями онкологического заболевания на первый план чаще выступают расстройства сна, раздражительность и взрывчатость, снижение некоторых когнитивных функций (особенно памяти и внимания). Больные выглядят замкнутыми, отчужденными, иногда злобными. Они с трудом контактируют с окружающими, в семьях скоро становятся чужими, потому что, загруженные собственными переживаниями, не могут разделить ни огорчений, ни радостей домочадцев. Часто одни испытывают противоречивые переживания, с одной стороны, - обижаются на членов семьи и медицинский персонал, обвиняя окружающих в недостатке внимания, заботы, сочувствия, с другой – отвергают проявления тепла, избегают общения, раздражаются при попытках помочь, поддержать, облегчить состояние.

В целом особенности поведения больных ПТСР в выраженных случаях могут напоминать картину психопатоподобного состояния. При этом пациенты испытывают глубокую подавленность, тревогу и тоску, иногда с чувством вины, ощущением бесполезности своей жизни, вплоть до появления суицидальных мыслей; они страдают от назойливо повторяющихся воспоминаний о той ситуации, которую они пережили (диагностику новообразования, пребывание в стационаре, тяжелую операцию), причем эти навязчивые воспоминания часто бывают в виде внезапно возникающих ярких образных представлений (flashbacks), продолжаются от нескольких секунд до нескольких часов и сопровождаются угнетением, страхом, потливостью и другими вегетативными расстройствами, которые вообще свойственны этим больным и могут занимать весьма заметное место среди их жалоб. Больные активно избегают ситуаций, напоминающих о стрессовом событии. Это может приводить к отказу от необходимого лечения онкологического заболевания, показанных диагностических процедур, игнорированию осложнений, псевдоповерхностного отношению к социальным последствиям заболевания. Кроме того, пациентов постоянно беспокоит нарушение сна: они плохо

засыпают, а потом часто просыпаются от кошмарных сновидений, воспроизводящих то, что они пережили. Формируется страх засыпания.

А.Б. Смулевич, В.Г. Ротштейн отмечают, что в клиническую картину раннего этапа формирования ПТСР укладываются подострые нарушения психики, которые часто характеризуются дереализационными и деперсонализационными расстройствами; тревожно-депрессивными состояниями с чувством страха за свою жизнь, плаксивостью, кошмарными сновидениями; депрессивными реакциями с конверсионными включениями; реакциями эйфорического типа с многоречивостью, с резкой недооценкой тяжести своего онкологического заболевания и соматического состояния; обсессивно-фобическими расстройствами (пугающие образные воспоминания о том, как их ранило известие о злокачественной патологии или неблагоприятном прогнозе) [7]. Навязчивые воспоминания обычно возникают без каких бы то ни было внешних стимулов, но сопровождающие их переживания могут быть настолько сильными, что пациент ощущает их, как будто бы трагические события (страдания, боль, беспомощность, смерть), происходят в данный момент. Еще более выраженные реакции возникают в ответ на внешние раздражители (напоминания, участие, сочувствие родственников, сослуживцев, врачей), напоминающие больному о событиях, связанных с опухолевой патологией.

Могут развиваться и более выраженные психические нарушения (депрессия, тревожные расстройства, запойный алкоголизм и др.). Продолжительность таких состояний составляет от нескольких недель до нескольких месяцев. Особенно стойкими являются депрессивные, обсессивно-фобические расстройства в виде навязчивого страха смерти от онкологического заболевания и страданий, нарушения сна. Во многих случаях эти переживания не соответствуют реальному прогнозу, которых может быть благополучным, однако пациент воспринимает свое состояние как прогрессирующие и неотвратимо приводящее к неблагоприятному исходу.

На более отдаленном этапе (через 12—14 мес.) возможны состояния, характеризующиеся нарушением сна, чувством отчаяния, безысходности, крайне пессимистической оценкой собственной судьбы и окружающей действительности и связанных с этим появлением суицидальных мыслей. Это состояние может быть столь тяжелым, что приводит к утрате трудоспособности в большей степени, чем онкологическое заболевание само по себе. Но у многих больных при успешном лечении онкологической патологии, восстановленной трудоспособности и формально удовлетворительной социальной адаптации сохраняются редуцированные проявления хронического ПТСР: эпизодические нарушения сна с кошмарными сновидениями, аффективная лабильность.

Характеризуя дальнейшее развитие ПТСР обращает внимание на сочетание двух групп клинических явлений: продолжающихся наплывов (оживления) в сознании больного имевших место в прошлом переживаний, связанных с проявлениями онкологического заболевания с сопутствующими аффективными реакциями (тревоги, ужаса, страха) и избегающего поведения, т. е. стремления уйти от всего, что может напоминать о трагическом событии, в т.ч. от показанного этапного профилактического обследования и медицинского контроля [11].

Для синдромогенеза этого расстройства характерны общий стереотип развития, идущий от реакции на онкологическое событие к хронифицированному болезненному психическому состоянию.

Кроме того, имеются (как при других психогенных расстройствах, характерных больным с онкологической патологией) следующие признаки ПТСР:

- Установление факта возникновения расстройства в связи с психической травмой, стрессовым событием или ситуацией (как коротко, так и длительно длящихся) угрожающего или катастрофического характера, связанного с новообразованием, что способно вызвать дистресс почти у любого индивида.

- Наличие связи психических нарушений с сохраненной актуальностью для больного психотравмирующей ситуации - продолжающимся течением онкологической патологии, периода ее активного оперативного, лучевого или химиотерапевтического лечения или актуальными переживаниями за последствия заболевания в будущем или его прогностическом неблагоприятии.
- Отражение в болезненных переживаниях больного психической травмы, вызванной онкологическим заболеванием (критерий психологически понятных связей). Имеются стойкие воспоминания или «оживление» стрессора в навязчивых реминисценциях, ярких воспоминаниях или повторяющихся снах, либо повторное переживание горя при воздействии обстоятельств, напоминающих или ассоциирующихся с онкологической патологией.
- Фактическое избегание или стремление больного избежать обстоятельства, напоминающие либо ассоциирующиеся у него с онкологическим страданием (что не наблюдалось до воздействия данного стрессора).

В случаях развития ПТСР у пациентов со злокачественными заболеваниями целесообразно использовать психотерапию, направленную в первую очередь на реинтеграцию нарушенной вследствие травмы психической целостности. Задачей психосоциальных интервенций является создание новой когнитивной модели жизнедеятельности, аффективная переоценка травматического опыта, восстановление чувства ценности собственной личности и способности дальнейшего существования в мире. Ключевым моментом психотерапии пациентов с ПТСР является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасного и непостижимого, что случилось с пациентом, в его идентичность, то есть в представление о себе (образ Я) [5].

Одновременно травматическое переживание сопровождается массой неупорядоченных аффективных реакций, среди которых ключевыми являются страх, злость, стыд и вина. Этиология ПТСР связана с воздействием сверхсильного психотравмирующего фактора на психику человека и

понимается специалистами однозначно. Что касается патогенеза, то существуют различные модели развития расстройства, обсуждаемые в профессиональной литературе среди которых наибольшее признание получили следующие 4 разновидности ПТСР: основанный на страхе (fear-based PTSD), на гнев (angry – based), на вине (shame – based), и на стыде (shame - based). В зависимости от характера столкновения травмы с внутренней структурой личности, травматическое событие либо означает для человека утрату статуса и социальной привлекательности, подразумевая его личную ответственность и вызывая чрезмерное чувства стыда и вины; либо воспринимается как несправедливость, и клиническая картина соответствует переживанию чувства унижения и злости. В этих ситуациях личность пациента страдает в разной степени. Если травматическое переживание чувства вины распространяется на личность пациента оно может перейти в глубинные убеждения о собственной виновности, при этом симптомы избегания базируются не на страхе, а на переживании стыда и вины; в том случае, когда чувство Я атаковано, но не разрушено, переживания чувства унижения и злости как правило ограничиваются событийным видом травмы [6].

Важной особенностью посттравматического стрессового расстройства при онкологическом заболевании является тот факт, что пациент испытывает не только непосредственное ощущение угрозы жизни во время установления диагноза, но и хронический характер этой угрозы. В связи с этим, стандартные методики психотерапии не могут быть применимы, так как главной целью психотерапевтического лечения пациентов является не столько помощь в освобождении от преследующих воспоминаний о травме, сколько в том, чтобы пациент мог активно и ответственно включиться в настоящее. Для этого ему необходимо не только найти произошедшему травматическому событию надлежащее место в общей временной перспективе своей жизни и личной истории, но и избавиться от чувства беспомощности, характерного

для лиц с ПТСР, которое в случае наличия злокачественной патологии усиливается из-за наличия объективной угрозой смерти.

Литература:

1. Бундало Н. Л., Малюткина Е. П. Клинические формы посттравматического стрессового расстройства различной степени тяжести при утрате лиц экстраординарной значимости // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 5 (71). – С. 28-31.
2. Бермант-Полякова О. В. Посттравма: диагностика и терапия. – СПб: Речь, 2006. – 248 с.
3. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии). Автореф. Дисс. докт. мед. наук: М., 2004. – 26 с.
4. Еричев А. Н., Моргунова А. М. Современные стрессовые ситуации и возникновение чувства тревоги. Как научиться бороться. Практическое руководство. СПб.: Изд. дом. СПб МАПО, 2009. – 30 с.
5. Колесников С. Д. Современные подходы в психотерапии посттравматических стрессовых расстройств // Журнал «Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы». – 2009. – № 1 (11). – С. 25-30.
6. Королькова И. И. Некоторые подходы психотерапевтической коррекции реакций горя и утраты // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – № 41 (приложение). – С. 122-123.
7. Смулевич А. Б. Ротштейн В. Г. Психогенные заболевания. // Руководство по психиатрии (под ред. А.В. Снежневского). - М.:«Медицина»,1983. – С.59-70.
8. Тарабрина Н. В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями. // Консультативная психология и психотерапия». – 2014. – № 1. – С. 9-13.
9. Andrykowski M. A., Cordova M. J., Studts J. L. et al. Posttraumatic stress disorder after treatment for breast cancer: Prevalence of diagnosis and use of the PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) as a screening instrument// J Consult Clin Psychol. – 1998. – Vol. 66. – P. 586-590.
10. Gurevich M., Devins G. M., Rodin G. M. Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues // Psychosomatics. – 2002. – Vol. 43. – P. 259-281.
11. Jacobsen P. B., Widows M. R., Hann D. M. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms after bone marrow transplantation for breast cancer // Psychosom Med. – 1998. – Vol. 60. – P. 366-371.
12. Lee Y-L., Santacroce Sh. J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey // General Hospital Psychiatry. – 2007. – Vol. 29. – P. 251-256.

13. Michaels A. J., Michaels C. E., Zimmerman A. E. et al. Posttraumatic stress disorder in injured adults: etiology by path analysis // *J Trauma*. – 1999. – Vol. 47. – P. 867-873.
14. Okamura H., Watanabe T., Narabayashi M. et al. Psychological distress following first recurrence of disease in patients with breast cancer: Prevalence and risk factors // *Breast Cancer Res Treat*. – 2000. – Vol. 61. – P. 131-137.
15. Richter J. C., Waydhas C., Pajonk F-G. Incidence of Posttraumatic Stress Disorder After Prolonged Surgical Intensive Care Unit Treatment // *Psychosomatics*. – 2006. – Vol. 47. – P. 223-230.
16. Stark D. P., House A. Anxiety in cancer patients. // *Cancer*. – 2000. – Vol. 83. – P. 1261-1267.

ГЛАВА 14

РАССТРОЙСТВА НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Караваева Т.А.

У пациентов с онкологической патологией из коморбидных психических нарушений наиболее часто диагностируются тревожные расстройства невротического уровня, среди которых ведущее место занимают тревожно-фобические, паническое и генерализованное тревожное расстройства [4,10,17].

Тревожно-фобические расстройства (F40) – группа расстройств, в клинической картине которых преобладает боязнь определенных ситуаций или объектов (внешних по отношению к субъекту). В результате больной избегает таких ситуаций или переносит их, преодолевая чувство страха. Необходимо подчеркнуть, что фобическая тревога физиологически и поведенчески не отличается от других типов тревоги; может варьировать по интенсивности от легкого дискомфорта до ужаса; не уменьшается от сознания того, что другие люди не считают данную ситуацию столь опасной или угрожающей; даже представление о попадании в фобическую ситуацию обычно вызывает тревогу предвосхищения [5, 20]. Среди онкологических пациентов часто формируются такие устойчивые фобии, как страх смерти, страх боли, страх медицинских манипуляций и противоопухолевого лечения, страх находиться одному, дисморфофобия (страх уродства), агорофобия, социофобия. Часто фобическая тревожность и депрессия у этих пациентов возникают одновременно. Решение о постановке двух диагнозов (тревожно-фобическое расстройство и депрессивный эпизод) или только одного принимается с учетом степени преобладания одного расстройства над другим, а также последовательности их возникновения.

К наиболее частым типам тревожно-фобических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями относят танатофобию (страх

смерти). Это довольно хорошо очерченная группа фобий, включающая боязнь умереть, оказаться беспомощным из-за болезни, находиться в одиночестве в момент смерти, испытывать мучительные страдания, боль, самого процесса умирания [19].

Другой частой формой тревожно-фобического расстройства у больных с новообразованиями являются социальные фобии, представляющие одну из форм нарушения межперсонального взаимодействия. Страх внимания со стороны других людей, переживания, что окружающие, узнав о болезни отвернуться, перестанут общаться, будут их сторониться, считать безнадежными параллельно сопровождается обидой на близких за их благополучие, повышенной требовательностью к ним, а иногда и манипулятивным отношением.

Пациент с онкологическим заболеванием, стремящийся скрыть свой недуг, боится внимания со стороны окружающих и акцентирован на этом. Даже в ситуациях, когда другие люди объективно не обращают на него негативного внимания, ему кажется, что взгляды прикованы к нему и оценка его поведения или внешности исключительно негативная, презрительная или насмешливая. Пациенту кажется, что его болезненное состояние заметно окружающим и это усиливает тревогу, возникает замкнутый круг. На фоне тревожных переживаний возникают вегетативные симптомы, которые еще больше усугубляют состояние пациента. Частыми симптомами являются покраснение лица, дрожание рук, голоса. Среди симптомов также отмечается тошнота, страх рвоты, позывы или страх мочеиспускания или дефекации. Страх может быть изолированным (например, только страх приема пищи в присутствии других людей из-за боязни тошноты, рвоты, встреч с определенным кругом знакомых или сослуживцев) или диффузным, включающим почти все социальные ситуации вне семейного круга. Очевидно, что в таком случае у пациента с онкологическим заболеванием возникает существенное нарушение социального функционирования. При самых выраженных проявлениях формируется социальная изоляция.

Появление симптомов тревоги возникает не только в ситуациях, вызывающих страх, или при мыслях о них. Обычно страху предшествует заниженная самооценка и боязнь критики, жалости к себе, снисходительного отношения со стороны окружающих [19].

В качестве третьей большой группы тревожно-фобических расстройств у больных онкологического профиля выделяют специфические (изолированные) фобии – психопатологическое расстройство, характеризующиеся наличием страха относительно определенного объекта или действия. Часто страх ассоциирован с конкретным объектом, являющейся причиной реальной или предполагаемой опасности. Роль пускового механизма при специфической фобии выполняет изолированная ситуация, попадание в нее может вызвать ужас, панику. В момент страха отмечаются яркие вегетативные проявления. Соответственно формируется выраженное избегание таких ситуаций. Необходимо отметить, что страх носит иррациональный характер и его сила не соответствует реальной опасности объекта или ситуации. Определяется значительное эмоциональное беспокойство из-за симптомов или из-за стремления избежать ситуаций и осознание, что они чрезмерны или необоснованны. Объекты страха иногда появляются в тревожных, кошмарных сновидениях. Выделяют страх объекта (например, врача, который связан с лечением новообразования) и страх определенной ситуации (например, операции и послеоперационного периода, химиотерапии, лучевого лечения, инвазивного обследования, пребывая в стационаре, рвоты, непроизвольного мочеиспускания или дефекации, вида крови и др.) с необходимостью их избегать. Снижение адаптации зависит от того насколько больной может избежать фобической ситуации.

Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога) (F41.0) – одно из наиболее распространенных пограничных психических заболеваний, характеризующиеся рецидивирующими приступами резко выраженной тревоги (паники), не связанными напрямую с какими-либо специфическими ситуациями или предметами, а, следовательно,

непредсказуемыми и спонтанными. В основе их лежит срыв вегетативной регуляции, чаще всего спровоцированный длительным психическим напряжением, снижением толерантности организма к эмоциональной и физической нагрузке, ситуацией хронического стресса связанными с течением и лечением онкологического заболевания. Необходимо подчеркнуть, что приступы паники: не связаны с проявлением опасности или угрозы; не ограничивается известной, предсказуемой ситуацией; возникают при обстоятельствах, не вызывающих объективную тревогу; не имеют ауру перед началом; перемежаются свободными от тревоги периодами между атаками; не являются следствием прямых физиологических эффектов, опосредованных действием какими-либо веществ (например, лекарственных или наркотических) [2, 6, 15].

В структуре тревожного синдрома выделяют 3 основных компонента:

- непосредственно **субъективные переживания** т.е. симптом тревоги в собственном смысле;
- **страх ожидания приступа**, поведение избегания;
- **вегетативные нарушения** – «вегетативные кризы»; чаще симпатикотонические, реже смешанные и вагоинсулярные [15, 22].

Типичная клиническая картина приступа тревожного синдрома:

- Характерное начало симптомами со стороны сердечно-сосудистой системы - с внезапно начавшегося «сильного сердцебиения», ощущения «перебоев», «остановки», дискомфорта или боли в области сердца. Большинство панических атак сопровождаются подъемом артериального давления, цифры которого могут быть достаточно значительными.
- Наиболее выраженные нарушения в дыхательной системе: затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха с одышкой и гипервентиляцией, «чувство удушья» [11, 18]. Описывая приступ, пациенты сообщают, что «перехватило горло», «перестал поступать воздух», «стало душно».

Именно эти ощущения заставляют больного открывать окна, балкон, искать «свежий воздух» [9].

- Реже наблюдаются желудочно-кишечные расстройства, такие как тошнота, рвота, отрыжка, неприятные ощущения в эпигастрии.
- Как правило, в момент криза наблюдаются головокружение, потливость, тремор с чувством озноба, «волны» жара и холода, парестезии, похолодание кистей и стоп.
- В завершающей стадии приступа наблюдается полиурия или частый жидкий стул.
- Объективно определяются изменение цвета лица, частоты пульса, колебания АД, причем нередко обнаруживается диссоциация между субъективной регистрацией вегетативных нарушений больными и их выраженностью при объективном осмотре.
- Пациенты с новообразованиями нередко считают вегетативные нарушения, сопровождающие паническое состояние, проявлением онкологического заболевания и не связывают эпизоды паники с нарушениями психической сферы.

Течение панического расстройства

По мере прогрессирования в «классических» случаях характерна определенная динамика панического расстройства, которое обычно проходит определенные стадии.

Стадии панического расстройства:

- симптоматически бедные приступы;
- развернутые приступы паники,
- ипохондрия,
- ограниченное фобическое избегание,
- обширное фобическое избегание,
- вторичная депрессия.

По мере продолжения приступов паники они могут связываться с различными жизненными обстоятельствами, которые становятся как бы

условными фобическими раздражителями. Так, панические приступы у онкологических больных, возникнув, имеют тенденцию к закреплению и повторяются в сходных ситуациях (медицинское учреждение, проведение обследования, общественный транспорт и пр.) У больных возникают опасения возможности повторения приступов (тревога ожидания). Нередко устойчивое чувство страха формируется уже после первого пароксизма и касается той ситуации, в которой он возник (больница, метро). Если у больного с опухолью приступ случается дома, в одиночестве, часто появляется страх одному оставаться дома. Это способствует формированию особого режима охранительного поведения, так называемого поведения избегания или фобического поведения [4, 15].

Генерализованное тревожное расстройство (F 41.1) – распространенная и устойчивая тревога и напряжение, не ограниченные или не вызванные преимущественно какими-либо особыми ситуациями («свободно плавающая тревога»). Возникая зачастую на фоне изначальной высокой личностной тревожности, усиленной самим фактом определения онкологической патологии, интенсивность и постоянство тревожных переживаний в дальнейшем может не зависеть ни от физического самочувствия, ни от характера лечения, ни от прогноза основного заболевания. Пациентам свойственны постоянные пессимистические мысли, ожидание неудачного, катастрофического развития событий, тревога по пустякам, когнитивные негативные искажения, невозможность использовать положительные подкрепляющие стимулы, большая часть переживаний содержательно связаны с онкологическим заболеванием, страхом смерти, экзистенциальными проблемами, нарушением социального функционирования [3, 7].

Заболевание характеризуется хроническим или рекуррентным течением и может приводить к выраженной дезадаптации и повышенному суицидному риску, опасность которого и так характерна для больных с онкологическими заболеваниями. Необходимо подчеркнуть, что тревога длится не менее 6

месяцев; захватывает различные стороны жизни пациента, обстоятельства и виды деятельности; направлена преимущественно на предстоящие события; не поддается контролю, ее невозможно подавить усилием воли или рациональными убеждениями; она несоразмерна актуальной жизненной ситуации пациента; нередко сопровождается переживаниями чувства вины, что часто лежит в основе суицидных мыслей и поведения [7, 12].

Клиническая картина преимущественно представлена 3 характерными группами симптомов генерализованного тревожного расстройства. В первую очередь это эмоциональные и аффективные нарушения (психические симптомы) - беспокойство и опасения, которые пациенту трудно контролировать и которые длятся больше, чем обычно.

Ко второй группе симптомов относится моторное напряжение, которое может выражаться в мышечном напряжении, треморе, неспособности расслабиться, головной боли (обычно билатеральной и часто в лобной и затылочной областях), ноющих мышечных болях, ригидности мышц, особенно мышц спины и плечевой области.

Третья группа симптомов представлена гиперактивностью вегетативной нервной системы, которая выражается повышенным потоотделением, тахикардией, сухостью во рту, дискомфортом в эпигастрии и головокружением и другими симптомами вегетативного возбуждения [11, 16, 18].

Важность правильной и своевременной диагностики этой патологии, выбора адекватной терапевтической стратегии определяется не только медицинскими, клиническими аспектами, но и особенностями социальных последствий генерализованного тревожного расстройства у онкологических больных. По сравнению с другими заболеваниями тревожного спектра чаще выявляются существенные дезадаптирующие состояния, нарушающие все сферы жизни пациента, иногда до парадоксального, аутоагрессивного поведения - отказ от лечения онкологического заболевания, серьезных нарушений социального функционирования, избегания общения с

родственниками, вплоть до полной изоляции, самоповреждающее или суицидальное поведение [8, 16, 23]. Пациентам характерны неудовлетворенность жизнью и сознание катастрофического неблагополучия, сопоставимые с изменениями, выявляемыми при большой (эндогенной) депрессии, нередко присоединяется чувство вины, беспомощности, бессмысленности существования. Отмечается значительное снижение качества жизни (в значительно большей степени, чем это могло бы быть обусловлено течением и прогнозом онкологической патологии) по всем показателям общего и соматического здоровья, боли в теле (не связанные с опухолью), ощущение витальности, душевного нездоровья, выраженное нарушение ролевых и социальных функций. Все это приводит к повышению риска суицидального поведения, что должно учитываться специалистом, который занимается лечением пациента с онкологическим заболеванием, с коморбидными тревожными нарушениями [12, 14].

Выделяют два типа течения генерализованного тревожного расстройства. При хроническом типе течения симптоматика присутствует постоянно и может иметь как непрерывный, так и волнообразный характер, когда возможны периоды незначительного улучшения самочувствия, но не до полного восстановления психического состояния, нивелирования тревоги. Колебания интенсивности проявления симптоматики может как зависеть от внешних обстоятельств и усиливаться на фоне негативных переживаний, объективно связанных с актуальной ситуацией пациента (например, получением положительной или негативной информации о результатах исследования, прогнозе онкологического заболевания, терапевтической коррекции и побочных ее эффектах), так и быть не связанными с ними и происходить спонтанно.

Рекуррентное течение характеризуется периодическими периодами удовлетворительного самочувствия, которое может возникать, например, после проведенной психфармакотерапии. Но через различные периоды времени тревожная симптоматика возвращается повторно.

Генерализованное тревожное расстройство нередко предшествует развитию депрессивных расстройств. В этих случаях его рассматривают в качестве первичного расстройства с развитием вторичной депрессии [13, 20].

Пролонгированное ипохондрическое расстройство (ипохондрические фобии) на фоне соматического заболевания (F45.2), характеризуется преувеличением интерпретации реальных соматических ощущений, наличием постоянных идей о тяжелом соматическом страдании, не соответствующих реальному соматическому неблагополучию, вызванному течением опухолевого процесса или его лечением. Больные с ипохондрическим расстройством перерабатывают ощущения со стороны собственного тела, в которые они «погружены», отчего и возникают более или менее стойкие предположения об ухудшении онкологического заболевания, присоединения осложнений, рецидивированию опухоли. «Часто они рассматривают как патологические феномены естественные проявления работы внутренних органов (следят за нормальным дыханием, прислушиваются к своему сердцу, тревожно относятся к проявлениям вздутия живота, количеству выделенной мочи и т. п.). Параллельно: озабоченные мнимыми болезненными проявлениями, которые они «сконструировали», пациенты игнорируют действительную угрозу» и пропускают реальные тревожные симптомы, связанные с онкологическим заболеванием. В этом случае имеют место «вытеснение из сознания больного проблем и событий, не связанных с заболеванием, ипохондрическая детализация мышления, крайняя сосредоточенность на собственных ощущениях, гипернозогнозия, стремление к детальному изучению медицинской литературы по своему заболеванию с последующей «проверкой врача на компетентность» [1].

При ипохондрических фобиях, описанных А.В. Васильевой и соавт., как ипохондрический вариант затяжных невротических состояний, в клинической картине преобладают эмоционально-окрашенные навязчивые переживания страха с четкой фабулой в виде конкретной нозофобии –

ракового заболевания, появления метастазов, возникновение рецидива, усиливавшейся в определенных ситуациях и связанной с соматическим неблагополучием, которое ассоциируется в представлениях пациентов со смертью и часто начинается с симпто-адреналового криза. Сохраняется критика без формирования стойкой панической тревоги, свойственной процессуальным заболеваниям. Развитие навязчивых страхов обусловлено не самим физическим страданием, вызванного опухолью, а аффективной переработкой больными этого состояния [1].

Ипохондрическая дистимия

В ряде случаев переживания такого рода приобретают картину «ипохондрической дистимии», формирующейся в условиях прогрессирования онкологического недуга, обуславливающего невозможность продолжать трудовую деятельность (оформление инвалидности), сокращения всех видов повседневной активности, увеличения потребности в медицинской помощи и формирующегося госпитализма; у лиц с различными проявлениями психосоматического диатеза происходит развитие по типу «ипохондрической депрессии».

В клинической картине ипохондрической депрессии при онкологических заболеваниях доминируют подавленность, апатия с пассивностью, индифферентным отношением к окружающему, иногда — суицидные мысли.

Характерны также наличие тревоги с ипохондрическими фобиями (страх повторного возникновения опухолевого процесса или обострения его течения) и агрипний.

В содержании депрессии выявляются признаки деморализации - осознание безнадежности, бесперспективности существования, собственной беспомощности.

Астенические нарушения. Неврастения (F48.0)

В клиническом плане неврастения представляет прежде всего комплекс непсихотических астенических, эмоционально-аффективных, волевых и

соматовегетативных расстройств. Неврастения является у пациентов с новообразованиями психогенным (в патогенетическом понимании), стрессогенным, функциональным расстройством [1, 21].

Выделяют гипостенический и гиперстенический варианты неврастении, оба из которых встречаются при онкологических заболеваниях [1].

Гипостенический вариант неврастении при онкологических заболеваниях

- При гипостеническом варианте основную роль играют биологические особенности личности в виде изначальной астенической конституции, снижающей толерантность индивида даже к обычным среднестатистическим нагрузкам на фоне которой развивается опухолевый процесс.
- Заболевание начинается постепенно, и пациенты затрудняются в проведении границы между здоровым и болезненным состоянием, чаще оно предшествует выявлению основного заболевания и постановке онкологического диагноза.
- Среди психопатологических проявлений преобладают обидчивость, сенситивность, плаксивость, беспомощность, чувство неуверенности в себе, в своих силах, повышенная впечатлительность, тревожность.
- По мере течения заболевания клиническая картина усложняется за счет присоединения новых симптомов, нарастает ипохондричность. Начавшись, заболевание приобретает чаще непрерывный и реже – волнообразный характер.
- При волнообразном течении гипостенического варианта неврастении, развившейся на фоне новообразований даже в периоды улучшения соматического состояния или наступления ремиссии сохраняется резидуальная симптоматика, сниженная переносимость нагрузок (в большей степени, чем это обусловлено основным патологическим процессом).

- На первый план выступают жалобы астенического характера, повышенная утомляемость, неспособность справляться с повседневной нагрузкой, ошибки при выполнении действий. Перерывы в деятельности не приносят облегчения и не способствуют восстановлению сил. На этом фоне нарастает тревожная симптоматика, связанная с опасениями возможных негативных последствий онкологического заболевания, своей ущербности.
- Нарастание тревоги с развитием диссомнических нарушений еще больше усиливает астенизацию, отмечаются вегетативные нарушения как симпатической, так и парасимпатической природы, чаще в виде головной боли, связанной с повышением тонуса мышц головы и шеи, а также неприятных ощущений в области сердца, пульсации сосудов, неспецифических гастроинтестинальных жалоб.

Гипостенический вариант неврастении при онкологических заболеваниях

- При гиперстеническом варианте в основе лежат стеничные, категоричные, амбициозные особенности личности, когда высокие достижения, перфекционизм в сфере деятельности составляют особо значимые компоненты системы отношений, что приводит к перенапряжению, игнорированию биологических границ переносимости нагрузок.
- Основным в патогенезе неврастенических расстройств становится отрицание сигнальной функции утомления как «команды» о необходимости прекратить деятельность. В ответ индивид прикладывает дополнительные волевые усилия и это приводит к аффективному и интеллектуальному истощению. Несмотря на свое онкологическое заболевание, накладываемые им ограничения, медицинские рекомендации такие пациенты стремятся пересилить себя, продолжают через силу работать, стремятся заниматься спортом, изнуряют себя чрезмерной физической и умственной активностью. При этом

игнорируются реальные возможности личности и объективное соматическое состояние, измененное вследствие онкологического процесса или противоопухолевого лечения, что определяет неспособность справляться с поставленными задачами при одновременном активном стремлении их разрешить.

- В большинстве случаев при гиперстеническом варианте характерно подострое или постепенное начало заболевания, иногда же встречается острое начало, которое манифестирует симпат-адреналовым кризом на фоне ситуации напряжения и переутомления.
- При волнообразном течении отмечаются периоды усложнения симптоматики с более или менее длительными периодами стабилизации на фоне благополучного течения опухолевого процесса, когда происходит фиксация вновь возникших вторичных симптомов.
- При прогрессировании основного заболевания неврастенические нарушения переходят на другой уровень усложнения клинической картины, что всегда связано с резким обострением психотравмирующей ситуации, вызванного онкологическим заболеванием или с появлением нового стрессора (напр., метастазирования), угрожающего жизни или социальному статусу больного.
- Невротическое расстройство, как правило, манифестирует головными болями напряжения, с ощущениями «несвежей головы». Повторные усилия по преодолению собственных возможностей и борьба с объективными проявлениями заболевания вызывают у больных нарушение ритма сна-бодрствования, когда чрезмерная активность еще больше усугубляет нарушения засыпания.
- Сон становится поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими беспокойство по поводу состояния, без чувства отдыха по утрам.
- Из психопатологических астенических проявлений на первый план выступают раздражительная слабость, эмоциональная лабильность,

которые проявляются вспыльчивостью, возбудимостью, агрессивностью, плаксивостью, чувством неуверенности в себе, в своих силах.

- Аффективные вспышки сопровождаются искренним сожалением больных о своей несдержанности. Они с трудом переносят ситуации, связанные с ожиданием результатов исследований, отражающими динамику развития опухолевого процесса, в которых тревога существенно усиливается.
- Отмечаются перманентные и пароксизмальные вегетативные нарушения и сочетанные (перманентно-пароксизмальные). Наиболее часто встречались сердечно-сосудистые вегетативные расстройства в ответ на негативные эмоциональные события, включавшиеся в структуру тревожно-депрессивного синдрома. У одной трети больных отмечается беспричинный (не связанный с онкологической патологией и осложнениями) субфебрилитет.
- При непрерывном течении гиперстенического варианта затяжной неврастении на фоне прогрессирующего онкологического заболевания отмечается подострое и постепенное начало с постепенным усложнением симптоматики и присоединением депрессивных, а впоследствии ипохондрических нарушений.
- В структуре жалоб преобладают выраженная тревога, диссомнические нарушения с затрудненным засыпанием из-за выраженных тревожных размышлений, представлений о собственной некомпетентности, несостоятельности, бесполезности.
- Вегетативные нарушения весьма разнообразными, в основном общего характера, повышенная потливость, приливы жара или озноб, гиперестезия. Пациенты не могут продолжать заниматься деятельностью, которая ранее приносила радость и способствовала восстановлению сил.
- Постепенно за счет истощения гиперстеническая фаза переходит в гипостеническую. Эмоционально-аффективные нарушения, приобретая

депрессивную окраску по мере развития заболевания, достигают уровня невротической депрессии с развитием астено-депрессивных и депрессивно-ипохондрических синдромов.

- При присоединении депрессивно-ипохондрического компонента отмечается уход в болезнь с последующими патохарактерологическими изменениями, астено-депрессивные нарушения ограничивают социальные контакты и продуктивную деятельность, возможность следовать целесообразным медицинским рекомендациям, направленных на облегчение состояния онкологического пациента, и это усугубляет ипохондрические тенденции и социальную дезадаптацию пациентов, способствует более тяжелому течению опухолевого процесса и плохой переносимости лечебных мероприятий.

Литература:

1. Васильева А. В., Вахренева О. А., Караваева Т. А., Чехлатый Е. И. Клинико-психопатологические особенности пациентов с неврастенией и невротоподобными резидуально-органическими расстройствами. // Вестник психотерапии. – 2014. – № 51(56). – С. 105-124.
2. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты) – М. : «Эйдос Медиа», 2004. – 408 с.
3. Залуцкая Н. М. Генерализованное тревожное расстройство: современные теоретические модели и подходы к диагностике и терапии. Часть 1. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. – 2014. – № 3. – С. 80-89.
4. Караваева Т. А., Васильева А. В., Семиглазова Т. Ю., Карицкий А. П., Лукошкина Е. П., Беляев А. М. Алгоритм диагностики тревожных расстройств невротического уровня у онкологических больных. // Вопросы онкологии. – 2016. – №2. – С. 355-360.
5. Караваева Т. А., Васильева А. В., Полторак С. В., Мизинова Е. Б., Белан Р. М. Критерии и алгоритм диагностики тревожно-фобических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 4. – С. 117-122.
6. Караваева Т. А., Васильева А. В., Полторак С. В., Гребенюков С. В., Колесова Ю. П. Критерии и алгоритм диагностики панического расстройства. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 2. – С.3-9.
7. Караваева Т. А., Васильева А. В., Полторак С. В., Чехлатый Е. И., Лукошкина Е. П. Критерии и алгоритм диагностики генерализованного

- тревожного расстройства. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2015. – № 3. – С. 124-130.
8. Резник А. М., Арбузов А. Л., Квашнина Н. В., Лисицына Е. А. Агорафобия и паническое расстройство с генерализацией тревоги: клиника и возможности терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6. – С. 88-96.
 9. Секунда Ю. И., Шпрах В. В. Особенности структуры панических атак в зависимости от типа личности пациентов // Сибирский медицинский журнал - Иркутск, 2006. – № 7. – С. 64-66.
 10. Akechi T., Okamura H., Nishiwaki Y. et al. Psychiatric disorders and associated and predictive factors in patients with unresectable nonsmall cell lung carcinoma. A longitudinal study // Cancer. – 2001. – Vol. 92. – P. 2609-2622.
 11. Barzega G., Maina G., Venturello S., Bogetto F. Gender-related differences in the onset of panic disorder // Acta Psychiatr. Scand. – 2001. – Vol. 103 (3). – P. 189-195.
 12. Bolund C. Suicide and cancer 11, medical and care factors in suicides by cancer patients in Sweden, 1973-1976 // J Psychosoc Oncol. – 1985. – Vol. 3. – P. 31-52.
 13. Borkovec T. D., Inz J. The nature of worry in generalized anxiety disorder. // Behaviour Research and Therapy. – 1990. – Vol. 28. – P. 153-158.
 14. Brown L. A., Gaudiano B. A., Miller W. The impact of panic-agoraphobic comorbidity on suicidality in hospitalized patients with major depression // Depress Anxiety. – 2010. – Vol. 27(3). – P. 310-315.
 15. Daniels C. Y. Panic disorder, 2010.
<http://emedicine.medscape.com/article/287913-overview>
 16. Derogatis L. R., Morrow G. R., Fetting J. et al. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients // JAMA. – 1983. – Vol. 249. – P. 751-757.
 17. Fevre P. L., Devereux J., Smith S. et al: Screening for psychiatric illness in the palliative care in patient setting: A comparison between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the General Health Questionnaire-12 // Palliat Med. – 1999. – Vol. 13. – P. 399-407.
 18. Hoehn-Saric M. D., McLeod D. R., Funderburk F., Kowalski P. Somatic symptoms and physiologic responses in generalized anxiety disorder and panic disorder. // An ambulatory monitor study. Archives of General Psychiatry. – 2004. – Vol. 61. – P. 913-921.
 19. Kessler R. C., Chiu W. T et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – Vol. 63(4). – P. 415-424.
 20. Nutt D. J., Feeney A., Argyropoulos S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia // Martin Dunitz. – 2002. – P. 67-78.

21. Razavi D., Stiefel F. Common psychiatric disorders in cancer patients. I. Adjustment disorders and depressive disorders. // Support Care Cancer. – 1994. – Vol. 2(4). – P. 223-232.
22. Roy-Byrne P. P., Craske G., Stein M. Panic disorder // The Lancet. – 2006. – Vol. 368. – P. 1023-1032.
23. Yonkers K. A., Dyck I. R., Warshaw M. G., Keller M. B. Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder.// British Journal of Psychiatry. – 2000. – Vol. 176. – P. 544-549.

ГЛАВА 15

НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Караваева Т.А.

Исторически сложилось представление о гетерогенности аффективных расстройств, где на одном полюсе находятся более тяжело протекающие так называемые эндогенные нарушения, в возникновении которых основная роль отводится биологическим факторам, а на другом — более мягко протекающие (на непсихотическом уровне) невротические, реактивные расстройства, динамика которых в значительной степени сопряжена с влиянием неблагоприятных психосоциальных факторов.

В современной феноменологической классификации психических расстройств эти дихотомические представления в значительной степени отошли на второй план. Вместе с тем, многочисленные исследования указывают на то, что нередко в процесс течения невротического аффективного заболевания все в большей степени начинает проявляться аутохтонный акцент страдания. Таким образом депрессивные состояния у онкологических пациентов, возникшие как психогенная реакция на заболевание, нередко запускают эндогенные механизмы, связанные с особенностью регуляции нейромедиаторов, преимущественно серотонина. Спектр представленности аффективных депрессивных нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями включает в себя как реактивные психогенные депрессивные реакции, эндореактивные аффективные нарушения и депрессивные расстройства эндогенного типа.

Такая ситуация является отражением многофакторности, лежащей в основе формирования расстройств аффективного спектра, в клиническом оформлении которых может иметь значение сочетание (наложение) нескольких неблагоприятных факторов:

- характера стрессорного психотравматического воздействия, определяемого параметрами и течением онкологического заболевания,
- особенностей преморбидного периода, включая наличие психопатологического и/или психосоматического диатезов (предрасположенности к развитию психической или онкологической патологии),
- «уязвимого» возраста пациента,
- отсутствия социальной поддержки [4].

Более детальное рассмотрение этих составляющих обнаруживает следующее:

1) Особенности стрессогенного воздействия. Важны интенсивность и универсальность основного психотравмирующего фактора – переживаний, связанных с диагностикой, развитием, лечением и прогнозом онкологического заболевания, который несет характер необратимости-невосполнимости: возможная смерть от заболевания, «несправедливое», «незаслуженное» страдание, ощущение «наказания судьбой», «греховности», резкое снижение качества жизни, перспектива длительного лишения здоровья, активности.

2) Особенности преморбидного периода:

- наличие признаков психического диатеза и, в частности - аффективное своеобразие, инфантильность, присутствие личностного радикала, достигающего уровня выраженной акцентуации; гипотимные состояния в ответ на негативные события в прошлом;
- физическое истощение, астенизация.

3) «Уязвимый» возраст, отражающий сложные социально-психологические этапы развития индивидуума: возрастные кризы, инволюция, молодой или пожилой возраст.

4) Отсутствие социальной поддержки в силу частичной или полной утраты социального окружения, или конфликта, приведшего к разрыву отношений.

В результате констелляции этих факторов развиваются пролонгированные полиморфные аффективные расстройства, которые имеют этапность развития, склонность к обострениям, могут накладывать отпечаток на течение основного онкологического заболевания и отношение пациента к его лечению.

Одним из наиболее значимых вопросов в исследовании психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями является выделения факторов риска развития депрессивных состояний. В качестве высоко достоверных факторов были определены форма и локализация злокачественных новообразований, так, депрессивные состояния выявляются при раке головного мозга (41—93%), поджелудочной железы (до 50%), головы и шеи (до 42%), молочной железы (до 37%), органов женской репродуктивной системы (23%) и легких (11%). К не менее важным аспектам, оказывающим влияние на частоту депрессивных расстройств, относятся степень тяжести физического состояния, вовлеченность нейроэндокринной системы, побочные эффекты лечения злокачественных новообразований. Отдельно следует отметить фактор предрасположения к аффективным расстройствам, проявляющийся психическими расстройствами в анамнезе (прежде всего расстройства зрелой личности; аффективного и тревожного круга) [2, 13, 16]. Значительное влияние на частоту и выраженность депрессивных расстройств оказывает стадия онкологического заболевания. На начальном — диагностическом этапе, преобладают нозогенные факторы, реализующиеся преимущественно в тревожных расстройствах невротического уровня. С течением времени в периоде лечения злокачественного новообразования вероятность развития и тяжесть аффективных расстройств определяются динамикой заболевания и травматичностью методов медицинского вмешательства. В качестве факторов, предрасполагающих к формированию депрессий, выступают как нозогенные (невозможность радикальной операции, низкие результаты паллиативной лечения, косметические дефекты и др.), так и соматогенные

факторы (побочные эффекты фармакотерапии, посткастрационный синдром в результате хирургической операции или гормональной терапии, пострезекционные синдромы) и др. Наибольшая частота и выраженность депрессивных расстройств выявляются на предтерминальных и терминальных стадиях заболевания [11, 20].

Ряд отечественных исследований был посвящен клинической картине аффективных расстройств при онкологии желудка, поджелудочной железы, молочной железы, матки и придатков. Их результаты показали значительные различия в частоте и проявлениях депрессивных расстройств (нозогенные депрессии, эндоформные депрессии, дистимии) в зависимости от формы злокачественного заболевания. Наибольшую частоту и выраженность имели тревожно - депрессивные реакции при раке матки и придатков – 78%, при этом при раке поджелудочной железы напротив, наибольшую выраженность имели эндоформные реакции – 45%. Стоит отметить, что наименьшая выраженность депрессивных расстройств встречалась при раке желудка - 14,3% для тревожно-депрессивных и 3,7% для эндоформных депрессивных реакций [1, 2, 6, 12].

Наличие депрессивных симптомов, потеря смысла и целей в связи с неопределенностью перспектив будущего, вместе с сопутствующей этому состоянию беспомощностью и субъективной недееспособностью может усугублять желание ускоренной смерти. В связи с этим у пациентов, страдающих злокачественными опухолями, актуальной становится проблема профилактики суицидов. Большинство исследований, направленных на выявления факторов риска совершения суицида, указывают на тяжелое физическое состояние пациентов, вплоть до полной физической недееспособности, а также на наличие психических расстройств. Наиболее частой из них была депрессия как «реакция на болезнь» [8, 18, 21].

Клиническая картина депрессивных реакций при онкологическом заболевании в целом соответствует симптомам клинической депрессии и представлена эмоциональными нарушениями в виде подавленности,

пессимистической оценки перспектив, витальной тоски, апатии и ангедонии, с отчетливым суточным ритмом состояния, нарушением витальных функций, но при этом сохраняет отчетливый психогенный комплекс, связанный с ситуацией онкологического заболевания. В работе Самушия М.А. и Смулевича А.Б. был описан особый вариант биполярного расстройства, получивший название соматореактивная циклотимия - близкий по своим характеристикам к биполярному расстройству, но имеющий существенные отличия: наличие зависимости динамики от коморбидной онкологической патологии. В результате специального катамнестического исследования было продемонстрировано, что у всех пациентов вслед за обострением или формированием стойких ремиссий выявлялись повторные депрессивные или гипоманиакальные эпизоды соответственно [5].

Затяжные депрессивные состояния (реактивные депрессии) - F43.21

В процессе развития пролонгированных депрессивных реакций у онкологических больных выделяют следующие этапы.

Острый период может возникнуть отставлено от начала проявления первых симптомов опухолевого процесса и начальной его диагностики, характеризуется выраженной депрессивной симптоматикой с эмоциями горя, переживанием утраты здоровья и счастья, фиксацией на постигшей беде, ощущением бесперспективности и никчемности последующей жизни, потерей смысла дальнейшего существования. Больные жалуются, что силы оставили их, обнаруживают бытовую несостоятельность, затрудняются в принятии даже простых решений, не интересуются окружающим, индифферентно относятся к проблемам близких, могут подолгу оставаться в одной позе с глазами, полными слез [9].

Подострый период характеризуется частичной адаптацией к факту онкологического заболевания, смягчением глубины переживаний, на первый план выступают идеаторные депрессивные проявления с пессимистичностью, самоупреками, наплывами печальных воспоминаний, раскаяния в ошибках прошлого, переоценкой жизненных ценностей.

Появляются более полноценные эмоциональные реакции, несколько улучшается контакт с окружающими, парциально восстанавливается способность выполнять привычные обязанности. Состояние ухудшается лишь тогда, когда больной предоставлен сам себе, находится в одиночестве, погруженный в мысли о своем онкологическом заболевании и неблагоприятных перспективах, нередко и ночью, после непродолжительного сна, полного тягостных сновидений. Случайное событие, напоминающее об болезненных переживаниях и злокачественном заболевании, может спровоцировать приступ тоски и отчаянья, а иногда и более продолжительное обострение.

Период неустойчивой стабилизации определяется дистанцированием больного от депрессогенного комплекса переживаний, в результате чего в высказываниях пациента начинают звучать ситуационно обусловленные моменты, которые могли быть блокированы ранее, а теперь выступают на передний план, способствуя затягиванию депрессивного состояния. Часто на этом фоне возникают обида, зависть в адрес благополучных окружающих. Возможно также включение в качестве стрессорного нового фактора, сопоставимого по значимости для больного с обстоятельствами, изначально приведшими к возникновению невротических переживаний (например, возникновение осложнений, появление болевой симптоматики, получение информации о росте опухоли по данным обследования), что усиливает глубину депрессивных переживаний больного [10].

Период стабилизации можно считать состоявшимся, когда дезактуализируется психотравмирующая ситуация, редуцируется депрессивная симптоматика, восстанавливается доболезненный уровень функционирования. Чаще всего это может наблюдаться при успешном противоопухолевом лечении и достижении ремиссии. При этом нередко адаптационный потенциал личности, обогащенный опытом горя и страдания, оказывается выросшим, а сама личность - «повзрослевшей».

При негативной динамике затяжных невротических расстройств на фоне прогрессирующего опухолевого процесса возможно формирование псевдопсихопатии:

- в одних случаях происходит усиление преморбидной личностной дисгармонии, снижение стрессоустойчивости (нарастание ранимости, непереносимости нагрузок), ипохондрическое существование с уходом от решения актуальных проблем и появлением социальной дезадаптированности;
- в других случаях возникает депрессивная фиксация на переживаниях, обусловленных онкологическим заболеванием и приведших к невротическому состоянию с блокадой всего положительно окрашенного жизненного контекста; в этом случае при наличии отягощающих обстоятельств (одиночество, истощение, социальная дезадаптация) происходит, по сути, формирование депрессивного существования.

Затяжное смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F 41.2)

Эта нозологическая рубрика вошла в МКБ-10 как категория на стадии изучения, соединяющая мягкие формы аффективных и тревожных расстройств. В психическом статусе больного в сравнительно равной степени сосуществуют симптомы тревоги и депрессии, и невозможно говорить о значимом преобладании тех или других, так как интенсивность этих феноменов не достигает той степени, которая позволила бы рассматривать их отдельно у конкретного пациента.

Существует много различных комбинаций относительно «мягких» симптоматических проявлений заболевания, когда сниженное настроение сочетается с тревожной напряженностью. Если же симптомы настолько выражены, что позволяют поставить определенный диагноз каждому из этих расстройств, то следует кодировать оба диагноза и не использовать данную рубрику.

В патогенетическом плане не до конца ясна связь между тревогой и расстройствами настроения.

Рассматриваются два возможных варианта:

- Первый - тревожное расстройство вызывается депрессией (расстройством настроения), развившейся на фоне новообразования или наоборот. Если это так, то одно расстройство осложняет другое, что достаточно сложно оценить.
- Второй вариант - оба расстройства возникают на фоне общей предрасположенности, уязвимости и представляют различные стенотипические (связанные) проявления одной и той же генотипической особенности, актуализированной на фоне онкологического заболевания [22].

Отмечается определенная дихотомия симптомов при тревоге и депрессии [3]. Так, например, при тревоге эмоциональные симптомы представлены раздражительностью, напряженностью, суетливостью, а при депрессии — подавленностью, отсутствием эмоций, апатией. Соматические симптомы при тревоге включают повышение аппетита, учащенное дыхание, сердцебиение, тогда как при депрессии, наоборот, имеет место брадикардия, уреженное дыхание, снижение аппетита. Наибольшие различия отмечаются при анализе когнитивной сферы: тревожные расстройства характеризуются гипербдительностью, страхом будущего, тревожными ожиданиями неблагоприятия, концентрацией внимания на опасных событиях или угрозе, селективными нарушениями внимания; депрессивным расстройствам свойственны снижение бдительности, фиксированность переживаний на событиях прошлого, концентрация внимания на потерях, трудности мотивации, селективные нарушения памяти.

При смешанном тревожном и депрессивном расстройстве у онкологических больных характерны колебания настроения с переходом от отчаяния к надежде в благополучном разрешении заболевания; снижение интереса и возможности получать удовольствие от занятий, обычно

приятных; ощущение бессилия, бесполезности усилий в борьбе с болезнью при достаточно высоком уровне активности; высокий уровень недовольства и раздражительности, проявляющийся как на вербальном, так и на невербальном уровне.

В клинической картине достаточно выражены и неспецифические вегетативные симптомы, изменчивые по характеру и интенсивности – повышенная утомляемость, слабость, головные боли, тремор, неспособность расслабиться, периодические приступы сердцебиения, затруднения дыхания, тошнота, озноб, кишечные расстройства, нарушения цикла «сон-бодрствование», потливость, сухость кожных покровов, гипергидроз ладоней и стоп, колебания артериального давления и другие. Имеется сложность их дифференцированной оценки в связи с тем, что они могут быть связанными с основным онкологическим заболеванием или осложнениями на фоне лучевой и химиотерапии.

Эндореактивное или эндогенное депрессивное расстройство

(F 32.1)

В данном случае причиной депрессии является недостаток нейромедиаторов в ЦНС, преимущественно норадреналина, дофамина и серотонина. Серотонинергические механизмы задействованы в реализации симптоматики импульсивности, тревоги, депрессии, суицидальности. Нейромедиаторы воздействуют на поверхностные синаптические рецепторы и запускают каскады внутриклеточных реакций.

У пациентов с онкологическими заболеваниями чаще можно диагностировать **эндореактивные депрессии** – психогенные переживания аффективного круга, вызванные основным заболеванием, запускают изменения в системе нейромедиаторов и далее депрессивное расстройство переходит на эндогенный уровень, отражающий особенности нарушений биологических функций организма [15, 17].

Симптомы патогномоничные для эндогенных депрессий:

- идеи самообвинения,
- суицидальные тенденции,
- колебания настроения, заключающиеся в плохом самочувствии по утрам и его заметном улучшении к вечеру (последнее обычно наблюдается при нерезко выраженных циклотимических депрессиях),
- соматические расстройства:
 1. триада Протопопова (мидриаз, тахикардия, запор);
 2. симптом сухого языка В.П. Осипова, наблюдающийся, как правило, при значительной глубине гипотимии - язык сухой, покрыт фулигинозным налетом; нередко при этом возникают трещины, характерна гипосаливация;
 3. при длительной депрессии язык выглядит застойным опухшим, с отпечатками зубов по краям; этот симптом также связан с характерными для депрессивных состояний вегетативными расстройствами;
 4. зрачковый симптом (симптом Атанасио) — реакция зрачков на свет сохранена, но отсутствует реакция на аккомодацию и конвергенцию (в отличие от симптома Аргайлла Робертсона).

Однако на фоне противоопухолевого лечения и течения самого онкологического заболевания отделить соматические симптомы депрессивного генеза от основной патологии трудно, а иногда и не возможно, поэтому клиническая диагностика эндогенных депрессивных расстройств должна проводиться на основании психопатологических проявлений [19].

Большое значение придается витальности депрессии, когда тоска локализуется больным в области сердца и носит своеобразный «физический» характер, выражаясь в таких жалобах, как, например, «тоска сжимает мне грудь», «тяжело на сердце», «в груди словно камень», «я точно окаменел «нет чувств». Проявление витальности говорит о выраженной тяжести

депрессивного состояния и характеризуется повышенным риском суицидального поведения, который у онкологических больных и так высок.

При эндогенной депрессии все переживания сопровождаются аффектом тоски. Больной все видит в мрачном свете, будущее не сулит ему никаких радостей. В голову приходят только плохие, пессимистичные мысли. Трудно думать, размышлять, двигаться, разговаривать. Голос у больных тихий, едва слышный, движения медленны, совершаются как бы с трудом. Бывает, однако, что при тоскливых состояниях внутреннее напряжение ищет и находит разрядку в движениях. Такие больные словно не знают чувства усталости, уходят далеко от дома, бродят, как бы пытаясь в ходьбе заглушить свою тоску.

Характерна мимика больного: лицо застывшее, скорбное. Выражение скорби особенно отчетливо проступает у больных с симптомом Верагута, при котором кожная складка верхнего века (нередко и бровь на границе внутренней и средней трети) оттягивается кверху, образуя вместо обычной дуги угол, излом, что и придает лицу больного скорбное выражение. При этом часто наблюдается недостаточность слезовыделения («тоска с сухими глазами»).

Классическая депрессия определяется триадой признаков:

- пониженное настроение (гипотимия, дистимия),
- замедленное мышление,
- двигательная заторможенность.

Считается характерными для депрессии утрата способности радоваться, потеря интересов и снижение трудоспособности.

В структуре депрессии выделяет следующие синдромы:

- эмоциональный (тоска, мучительное неудовольствие,
- утрата интересов, отчужденность от близких, необщительность, страх),
- волевой (отсутствие удовольствия от активности, деятельности, снижение работоспособности и толерантности к нагрузке, трудность принятия решений, утрата воли и инициативы),

- вегетативный (внутреннее напряжение, утомляемость, отсутствие аппетита, плохой сон, головная боль, сердцебиение, чувство тяжести в груди),
- интеллектуально-мыслительный (пессимизм, ипохондричность, навязчивые мысли, ухудшение памяти, чувство своей малоценности, идеи самоуничтожения, суицидальные мысли, замедление мышления),
- деперсонализационный.

Депрессия при онкологических заболеваниях может выступать в различных видах — горя, страха, тоски, тревоги.

Важное значение для определения депрессивного состояния имеет характеристика присущих больному эмоций страха, тревоги и тоски [7, 14]. Это не тождественные понятия.

Эмоции страха связаны с переживанием, чувством непосредственной опасности, конкретной угрозы – лечебных процедур, оперативного вмешательства, боли, увечья, смерти.

Тревога же заключается в ожидании опасности, реальной или мнимой, она всегда характеризуется неопределенным ощущением угрозы. Тревога — это ожидание неблагоприятного развития событий, вне зависимости произойдет оно или нет на самом деле.

Картина депрессивного синдрома в значительной мере зависит от степени выраженности тревоги. Ю.Л. Нуллер, характеризуя диапазон выраженности тревоги при депрессиях, указывает, что в относительно более легких случаях у онкологических больных тревога проявляется чувством внутреннего напряжения, ожиданием чего-то неприятного, волнением, усилением неуверенности, сомнениями, а в тяжелых случаях — ажитацией или тревожным оцепенением вплоть до глубокого ступора, паническим ощущением надвигающейся катастрофы, мучительным чувством сжатия в груди, ощущением удушья, витальными переживаниями.

Таким образом, выявление психогенных механизмов, обусловленных психотравмирующей сущностью онкологического заболевания, отнюдь не

позволяет еще с уверенностью исключить эндогенный психический процесс. Часто невротическая симптоматика, расцениваемая больным в качестве реакции на опухолевый процесс и неблагоприятный прогноз, оказывается фасадом, скрывающим развившееся эндогенное депрессивное заболевание, на которое наслаиваются психореактивные механизмы эмоционального отношения к болезни и ее последствиям.

Литература:

1. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. // Журнал клинической психоонкологии. – 2007. – № 3. – С. 46-65.
2. Куприянова И. Е., Слонимская Е. М., Бехер О. А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 22-24.
3. Медведев В. Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2015. – № 1. – С. 22-30.
4. Смулевич А. Б. Депрессии в онкологической практике (клиника, типологическая дифференциация). // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 3. – С. 4-8.
5. Смулевич А.Б., Самушия М. А., Иванов С. В. К проблеме аффективных расстройств, заимствующих ритм соматического заболевания. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2013. – № 4. – С. 13-17.
6. Alcalar N., Ozkan S., Kucucuk S. et al. Association of coping style, cognitive errors and cancer-related variables with depression in women treated for breast cancer. // Jpn J Clin Oncol. – 2012. – Vol. 42(10). – P. 940-947.
7. Begovic-Juhant A., Chmielewski A., Iwuagwu S. et al. Impact of body image on depression and quality of life among women with breast cancer. // J Psychosoc Oncol. – 2012. – Vol. 30. – P. 446-460.
8. Bolund C. Suicide and cancer 11, medical and care factors in suicides by cancer patients in Sweden, 1973-1976. // J Psychosoc Oncol. – 1985. – Vol. 3. – P. 31-52.
9. Boyd C. A., Benarroch-Gampel J., Sheffield K. M. et al. The effect of depression on stage at diagnosis, treatment, and survival in pancreatic adenocarcinoma. // Surgery. – 2012. – Vol. 152(3). – P. 403-413.
10. Brietbart W., Rosenfeld B., Pessin H. et al. Depression, hopelessness, and the desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. // JAMA. – 2000. – Vol. 284. – P. 2907-2911.

11. Hotopf M., Chidgey J., Addington-Hall J., Ly K. L. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. // *Palliat. Med.* – 2002. – Vol. 16(2). – P. 81-97.
12. Kendler K. S., Kessler K. S., Neale M. C., Heath A. C. et al. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. // *Am J Psychiatry* - 1993. - Vol. 150, № 8. - P. 1139-1148.
13. Massie M. J. Prevalence of depression in patients with cancer. // *J Natl Cancer Inst Monogr.* – 2004. – Vol. 14. – P. 57-71.
14. McDonald M. V., Passik S. D., Dugan W. et al: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. // *Oncol Nurs Forum.* . – 1999. – Vol. 26. – P. 593-599.
15. Newport D. J., Nemeroff C.B. Assessment and treatment of depression in the cancer patient.// *J Psychosom Res.* . – 1998. – Vol. 45. – P. 215-237.
16. Raison C. L., Miller A. H. Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. // *Biol Psychiatry.* . – 2003. – Vol. 54(3). – P. 283-294.
17. Passik S. D., Loverly A. E. Recognition of depression and methods of depression screening in people with cancer. // *Depression and cancer.* Ed.: Kissane D., Maj M., Sartorius N. Wiley-Blackwell W. – 2011. – P. 81-100.
18. Plumb M., Holland J. Comparative studies of psychological function in patients with advanced cancer. II. Interviewer-rated current and past psychological symptoms. // *Psychosom Med.* – 1981. – Vol. 43. – P. 243-254.
19. Qiu J., Yang M., Chen W. et al. Prevalence and correlates of major depressive disorders in breast cancer survivors in Shanghai. // *China Psychooncol.* – 2012. – Vol. 21. – P. 1331-1337.
20. Spiegel D., Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. // *Biol Psychiat.* – 2003. – Vol. 54. – P. 269-282.
21. Voshaar R.C.O., Kapur N., Bickley H., Williams A. et al. Suicide in later life: a comparison between cases with early-onset and late-onset depression. // *J Affect Disord.* – 2011. – Vol. 132 (1-2). – P. 185-191.
22. Williams M. L., Friedman T., Rudd N. An analysis of the validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale as a screening tool in patients with advanced metastatic cancer. // *J Pain Symptom Manage.* – 2001. – Vol. 22. – P. 990-996.

Глава 16

НАРУШЕНИЯ СНА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ИХ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Т.А. Караваева, А.В. Васильева

На фоне течения онкологического заболевания у пациентов нередко развиваются сопутствующие нарушения общефизиологической регуляции, среди которых наиболее часто встречается инсомния.

Согласно современной Международной классификации расстройств сна (2005 г.), инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида».

В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, диагноз «бессонница» может быть поставлен при наличии ряда условий:

- Присутствуют жалобы на расстройство засыпания, непрерывного сна или низкое качество сна.
- Расстройства сна имеют место минимум 3 раза в неделю в течение не менее 1 мес.
- Имеет место чрезвычайная обеспокоенность расстройством сна ночью и повышенная обеспокоенность негативными последствиями расстройства сна днем.
- Неудовлетворительная продолжительность или качество сна ведут либо к явному дистрессу, либо оказывают негативное воздействие на социальную и профессиональную работоспособность.

При рассмотрении инсомнии в точки зрения клинической феноменологии выделяют пресомнические нарушения, интрасомнические и

постсомнические. Несомненно, нельзя отрицать их возможную комбинацию в рамках одной нозологии.

К пресомническим нарушениям относят трудности начала сна, наиболее частой жалобой пациентов в этом случае является задержка засыпания. При длительном течении таких нарушений могут формироваться патологические «ритуалы отхода ко сну», а также «боязнь постели» и страх «ненаступления сна». Возникающее желание спать дезактуализируется, как только больные оказываются в постели, у них появляются тягостные мысли и воспоминания, усиливается двигательная активность в стремлении найти удобную позу. Наступающая дремота прерывается малейшим звуком, физиологическими миоклониями. Если засыпание у здорового человека происходит в течение нескольких минут (3–10 мин), то у больных оно иногда затягивается до 120 мин и более. При полисомнографическом исследовании этих пациентов отмечается значительное нарастание времени засыпания, частые переходы из 1-й и 2-й стадий I цикла сна в бодрствование. Нередко засыпание больными игнорируется, и все это время представляется им как сплошное бодрствование [9].

Следующей группой нарушений сна считают интасомнические расстройства, включающие частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущения «поверхностного» сна. Пробуждения обусловлены как внешними (прежде всего шум), так и внутренними факторами (устрашающие сновидения, страхи и кошмары, боли и вегетативные сдвиги в виде нарушения дыхания, тахикардии, повышенная двигательная активность, позывы к мочеиспусканию и др.). Все эти причины могут пробуждать и здоровых людей, обладающих хорошим сном. Но у больных с интрасомническими расстройствами резко снижен порог пробуждения и затруднен процесс засыпания после эпизода пробуждения. Снижение порога пробуждения в значительной степени обусловлено недостаточной глубиной сна. Полисомнографическими коррелятами этих ощущений бывают увеличенная представленность поверхностного сна (1-й и

2-й стадий фазы медленного сна), частые пробуждения, длительные периоды бодрствования внутри сна, редукция глубокого сна (дельта-сна), увеличение двигательной активности [9].

Постсомнические расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения, — проблема раннего утреннего пробуждения, сниженной работоспособности, разбитости. Отмечается неудовлетворенность качеством сна. К постсомническим расстройствам можно отнести и неимперативную дневную сонливость. Ее особенность — трудность засыпания даже при наличии благоприятных условий для сна [9].

Инсомния отражается на всех сферах деятельности человека — у больных с онкологическими заболеваниями еще более нарушается социальная и физическая активность, снижается познавательная деятельность, существенно повышается риск развития тревожно-депрессивных расстройств, обостряется и утяжеляется течение основного патологического процесса, снижаются адаптационные и ресурсные возможности организма, нарастает астенизация. Больные с инсомнией имеют более низкие показатели качества жизни, повышенные значения по шкалам хронической боли, эмоциональных нарушений и негативного влияния на мыслительные способности, чем больные с неосложненным течением опухолевого процесса [3].

Причины диссомнических нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями могут быть различны — обусловлены самим патологическим процессом, болевым синдромом, осложнением проводимой терапии и пр. Однако у многих пациентов нарушения сна связаны с особенностью психологического состояния и обусловлены тревожными и депрессивными переживаниями о болезни, ее неопределенном или неблагоприятном прогнозе, прогрессировании заболевания, предстоящем лечении, негативной оценке своего будущего, смысле существования [1, 2].

Терапия, направленная на соматические причины инсомнии, включает, в первую очередь, медикаментозные препараты, назначение которых должно

осуществляться специалистом, учитывающим возможные побочные эффекты, особенности переносимости, уровень безопасности, а также взаимодействие с основным лечением и характером онкологического заболевания. В случае же психологически обусловленных нарушениях сна биологическая терапия является далеко не всегда достаточной и не оказывает воздействие на эмоциональное состояние пациента. Основным методом лечения таких нарушений должна являться психотерапия и психологическая коррекция, воздействие которой направлено не только на изолированный диссомнический синдром, а на его причины формирования – психологические переживания. Включение психотерапии в комплексное лечение и реабилитацию позволяет не только наладить сон пациенту с онкологическим заболеванием, но снизить уровень тревоги, стабилизировать настроение, изменить его оценку текущего периода и ожиданий в будущем, существенно повысить качество его жизни и мотивацию на необходимое лечение.

Значительный риск коморбидности соматогенных и психогенных нарушений при онкологических заболеваниях, а также недостаточная эффективность однонаправленного лечения отражает актуальность разработки комплексных персонализированных терапевтических программ, направленных на поиск оптимального соотношения медикаментозного и немедикаментозного подходов.

Соотношение медикаментозного и немедикаментозного воздействия в терапии нарушений сна при онкологическом заболевании гибко определяется в каждом конкретном случае. С одной стороны, оно зависит от личности пациента, патогенеза, особенностей симптоматики, стадии заболевания, воздействий окружающих людей и обстоятельств, с другой — от имеющихся фармакологических возможностей, профессиональных представлений медицинского сообщества, научно-практических разработок [4, 6, 10, 12, 15].

Учитывая важность и существенный вклад в патогенез диссомнических расстройств при онкологических заболеваниях психологических факторов, в

качестве одного из основных методов в сложном терапевтическом комплексе является психотерапия, представленная в современной лечебной практике десятками методов и форм, убедительная оценка эффективности которых чрезвычайно сложна в связи со многими факторами: неразработанностью общей теории психотерапии, трудностью выполнения принципов доказательности в исследованиях, неоднозначностью критериев оценки эффективности психотерапии и другими [10].

Основные направления психотерапии в зависимости от своей концептуальной основы, предлагают различные методы, ориентированные на специфические феномены: в динамическом направлении такими мишенями служат внутриличностные конфликты и противоречия, в когнитивно-поведенческом – неадаптивные паттерны поведения, иррациональные мысли и убеждения, в экзистенциально-гуманистическом – поиск внутреннего смысла и сущности бытия. Но далеко не все методы могут быть применимы у пациентов с онкологическими заболеваниями в связи с особенностями статуса больных, содержательных и организационных аспектов.

Феноменологические особенности диссомнических нарушений, характерные для пациентов с тревожными расстройствами невротического уровня при онкологических заболеваниях, обусловлены спецификой личностных преморбидных черт и психологическими особенностями [3, 5].

Диссомнический синдром может быть представлен различными типами нарушения сна [8]. Чаще всего у онкологических пациентов с тревожными нарушениями невротического уровня определяется трудность засыпания из-за беспокоящих тревожных мыслей о своем заболевании, усиления страхов, связанных с возможным ухудшением состояния или усилением болей в ночное время, негативной оценкой будущего, повышенной чувствительности к незначительным раздражителям, воспроизведения актуальных личностных переживаний, ипохондрической фиксации на соматических ощущениях.

Само по себе засыпание, сопровождающееся мышечным расслаблением, может актуализировать страх смерти, опасения заснуть и не проснуться,

которые характерны больным с онкологическими заболеваниями, что может еще больше усугублять нарушения сна.

Прерывистый или поверхностный сон у пациентов с опухолевыми проявлениями часто сопровождается тревожными и кошмарными сновидениями, отсутствием чувства отдыха утром, ощущением тяжести, вегетативными нарушениями. При преобладании депрессивных переживаний могут отмечаться ранние пробуждения, которые нередко сопровождаются наплывом тревожных мыслей, дурными предчувствиями. У ряда пациентов обнаруживаются два или все три вида нарушения сна.

Особенности диссомнического синдрома, обусловленного психологическими механизмами, его выраженность и характер в значительной степени отражают личностные черты и акцентуации больных с онкологическими заболеваниями, содержание психологических переживаний, эмоционального состояния.

При преобладании психастенических черт, проявляющихся склонностью к нерешительности, тревожной мнительности, тягой к самоанализу, обстоятельным, иногда вязким, мышлением, легкостью возникновения навязчивых мыслей, опасений, фобических переживаний, нарушения сна выражены чаще в трудностях засыпания. Основным можно выделить неспецифическое ухудшение качества сна, при ипохондрическом варианте (фиксации на состоянии) пациенты озабочены всеми физиологическими процессами, протекающими в организме в том числе и сном, могут приобретать специальные устройства, позволяющие фиксировать общую длительность сна и характеристику его отдельных фаз, углубленно изучать суточные различия.

Неврастенические личностные особенности – повышенная утомляемость, ответственность, сенситивность, совестливость, неуверенность в себе, личностная тревожность, обуславливают трудности засыпания, которому препятствуют тревожные руминации, связанные с опасениями не выполнить предъявляемые к себе требования из-за дефицита

сна (например, продолжить трудовую деятельность, несмотря на болезнь, или выполнять необходимые домашние обязанности, страх подвести родственников и пр.). Может наблюдаться динамика диссомнических нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями в зависимости от сопутствующей профессиональной и терапевтической нагрузки. Лучшее качество сна приходится на ночь с пятницы на субботу, когда есть возможность отдохнуть от различного рода обязанностей, пресомнические нарушения усиливаются в накануне важных событий (ответственной работы, диагностических или терапевтических процедур по поводу течения онкологического процесса, визита к врачу) из-за тревожных руминаций, связанных со страхом не справиться с нагрузкой или не оправдать ожидания. Категоричные требования к себе, повторные усилия по выполнению больших объемов работы или преодолению физической или эмоциональной нагрузки вызывают нарушение ритма сна-бодрствования, когда чрезмерная активность в вечернее время еще больше усугубляет нарушения засыпания. Часто встречается у пациентов с онкозаболеваниями парадоксальная сомнезия, когда сонливость, ощущаемая ими в течение дня, рассеивается при попытке уснуть. Сон становится поверхностным, прерывистым с тревожными сновидениями, отражающими беспокойство по поводу актуальных переживаний, своей болезни, возможных страданий, без чувства отдыха по утрам. Повышенная сонливость и слабость в дневное время заставляют этих пациентов ложиться спать в середине дня, что еще больше нарушает циркадный ритм.

При истерических, демонстративных характерных особенностях, включающих впечатлительность, эмоциональную лабильность, склонность к театрализации, определенную инфантильность, импульсивность, у пациентов пресомнические нарушения связаны со страхом отхода ко сну из-за существующих интерперсональных конфликтов, ожиданием внимания со стороны окружающих, преувеличенным восприятием своего состояния и характера онкологического заболевания, танатофобии. Часто отмечаются

интрасомнические нарушения, сопровождающиеся выраженными сенестопатическими, фобическими, вегето-соматическими проявлениями, пробуждения сопровождаются приступами паники, с их последующей фобической переработкой. Вегетативная лабильность, являющаяся биологической особенностью этих пациентов, может усугублять диссомнические нарушения. Другим симптомом является поверхностный, грезоподобный сон с отсутствием «чувства сна» и свежести при пробуждении. Пациенты с истерическими особенностями склонны аггравировать имеющиеся диссомнические, соматические и психологические нарушения с целью поиска сочувствия или манипуляции поведением близких.

Многообразие методов психотерапии позволяет дифференцированно подойти к выбору психотерапевтического воздействия, наиболее адекватно подходящего для купирования диссомнических нарушений, развивающихся на фоне эмоциональных, психологически обусловленных, нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями. Одним из ведущих методов, воздействующим на когнитивные установки, оценочное восприятие, мотивационные процессы является когнитивно-поведенческая психотерапия.

Среди различных методов психотерапии эффективность когнитивно-поведенческих подходов в лечении тревожных и диссомнических нарушений подтверждена многочисленными исследованиями. Когнитивно-поведенческая психотерапия успешно применялась у пациентов с паническим расстройством, генерализованным тревожным расстройством, социальным тревожным расстройством, обсессивно-компульсивным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройстве [13, 16, 20]. В ряде исследований доказано отсутствие статистически достоверных различий эффективности психотерапии и фармакотерапии при депрессивных и тревожных расстройствах [14].

Имеются данные сравнительного анализа эффективности лекарственной терапии и когнитивно-поведенческой терапии нарушений сна [14, 17, 19]. В

сравнительных исследованиях методики когнитивно-поведенческой терапии показывают эффективность, сопоставимую и даже превосходящую эффективность снотворных медикаментозных средств. Так, в группах, где применялась когнитивно-поведенческая терапия, большее число испытуемых достигало нормального сна, то есть время засыпания сокращалось до 30 минут и менее, а эффективность сна становилась более 85 %. При этом эффект когнитивно-поведенческой терапии превышал даже эффект от комбинированной терапии (психотерапия плюс снотворное средство), а при долгосрочном наблюдении эти результаты сохранялись дольше, чем результаты применения снотворных препаратов [18, 21].

Описание принципов проведения когнитивно-поведенческой психотерапии при диссомнических и тревожных нарушениях у пациентов с онкологическими заболеваниями. В процессе индивидуальной когнитивной психотерапии проводится психообразовательная работа, включающая информацию о причинах и характере диссомнических, тревожных и депрессивных нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями, а также оказывается воздействие на иррациональные установки, лежащие в основе этих проявлений, пациент обучается навыку их выявления и оспаривания, и на дисфункциональные убеждения, касающихся представлений о сне, причинах инсомнии, способах ее коррекции, обучается основам гигиены сна, приемам, направленным на самостоятельное определение имеющегося нервно-психического напряжения и его снятие, что в целом способствует формированию системы рационального мышления, приводит к снижению общей тревожности, улучшению засыпания, повышению качества жизни. В случае онкологических пациентов могут дополнительно вводиться ограничения, связанные с запретом на поиск дополнительной информации о своем заболевании как минимумом за два часа до отхода ко сну [7].

В качестве домашнего задания используется дневник сна [11]. Он ведется пациентом по заданной схеме. Позволяет субъективно

контролировать свое состояние и динамику его изменений, в данном случае, это касается сна. Отражает время засыпания и пробуждения, продолжительность сна, деятельность и состояние перед сном, наличие сновидений, а также субъективную оценку дневной сонливости, качества засыпания и просыпания, чувство удовлетворенности сном, а также употребление активных бодрящих веществ, пищевых продуктов, график физической активности. Дневник сна позволяет не только оценить сложившуюся практику сна и выявить частоту и выраженность расстройств, но и оценить позитивную динамику состояния пациента.

Дополнительно целесообразно использовать техники, направленные на тренировку сосредоточенного на актуальном моменте внимания (mindfulness), к сожалению, этот термин представляет лакуну в русском языке и его полноценный перевод одним словом невозможен, наиболее частый перевод – осознанность, представляет его значение в несколько искаженном виде. В процессе тренинга пациента мотивируют к безоценочному, то есть исключающему мета-когнитивную переработку, лежащую в основе агипнофобии, принятию внешнего и внутреннего опыта, проживаемого в ситуации «здесь и сейчас». Значимым элементом маиндфулнесс становится конфронтация больного со своими тревожными мыслями и/или другим опытом, связанным со сном без реакции на них, позволить мыслям и ощущениям проходить свободным потоком мимо сознания, без их анализа «наблюдающим Я». Децентрированное свободно плавающее внимание дает возможность воспринимать мысли как ментальные явления, а не как однозначное отражение объективной реальности и не фиксироваться на оценивании происходящего. Созерцание и принятие мыслей, эмоций, ощущений, звуков, связанных с отходом ко сну, дает возможность пациенту с онкологическим заболеванием уменьшить проявления тревожной настороженности, катастрофизации прогноза своего состояния, препятствующих засыпанию, а также включенность в тревожные руминации. Децентрация внимания снижает застревание и подкрепление паттернов

негативного мышления, поддерживающих и усиливающих диссомнические нарушения, дополнительно дает возможность пациентам изменить свое отношение к нарушениям сна, течению опухолевого процесса. Дополнительно используются техники сосредоточенного дыхания.

Учитывая типичное усиление тревожных руминаций в вечернее и ночное время психотерапия может быть дополнена методикой «остановка мыслей». Основная ее цель – это прекращение негативных мыслей и остановка нежелательных визуальных представлений и воспоминаний, которые у онкологических пациентов, как правило связаны со злокачественной патологией, опытом лечения и прогнозом. Подготовительная работа проводится на психотерапевтическом сеансе, когда на первом этапе составляется список из наиболее неприятных мыслей и образов подлежащих остановке. Затем в присутствии психотерапевта пациенту предлагают закрыть глаза, выбрать и постараться максимально сосредоточиться на неприятной мысли. После того, как мысль будет четко представлена в сознании. Пациент должен сигналом, к примеру поднятием пальца или руки, сообщить об этом специалисту. В момент появления сигнала врач четко и убедительно произносит: «Стоп!». Обычно пациент говорит о том, что мысль исчезла. Затем процедура повторяется несколько раз для закрепления, после чего пациенту предлагается самостоятельно произнести «Стоп!», сначала громко вслух, затем про себя. После чего пациент в качестве домашнего задания должен повторять это упражнение перед сном. Упражнение может дополняться формулированием альтернативной мысли. К примеру, «если я усну, я больше не проснусь», может заменяться формулировкой «полноценный сон даст мне больше сил бороться с болезнью».

Мишенями когнитивно-поведенческой психотерапии для тревожных расстройств невротического уровня с инсомнией у пациентов с онкологическими заболеваниями являются: низкая толерантность к неопределенности; позитивные убеждения относительно беспокойства; отсутствие ориентации на решение проблем; негативное прогнозирование;

когнитивное избегание, сверхобобщение, касающееся суточных норм сна, нереалистичные представления, о факторах влияющих на сон (к примеру, катастрофические представления о потребности в суточном сне, что после бессонной ночи необходимо больше спать наследующий день или о пользе дневного сна); отношение к онкологическому заболеванию и его лечению, роли родственников в жизни больного и др. [2, 3, 7].

Таблица 1. Основные модули когнитивно-поведенческой психотерапии

Название модуля	Содержание направлений психотерапевтической работы
Психообразовательный модуль	<ol style="list-style-type: none"> 1. информация о сути когнитивно-поведенческой терапии 2. информация о природе диссомнических, тревожных и депрессивных расстройств, включающая их описание и характеристики, у пациентов с онкологическими заболеваниями 3. информация о нормальном и нарушенном сне, физиологических механизмов регуляции сна, роли психологических и социальных факторов в возникновении и поддержании инсомнических проявлений 4. тренинг по осознанию беспокойства (с записями о времени и содержании беспокоящих мыслей), в т.ч. связанном с онкологическим заболеванием и его прогнозом 5. тренинг по выявлению дисфункциональных убеждений, препятствующих нормальному засыпанию 6. определение персонализированного паттерна сна пациента и его потребности в суточном сне
Модуль, направленный на осознание собственной низкой толерантности к неопределенности и	<ul style="list-style-type: none"> •установление связи между низкой толерантностью к неопределенности (вообще и в отношении онкологического заболевания) и преувеличенным беспокойством по этому поводу •осознание и принятие неизбежности ситуаций неопределенности в жизни человека, увеличение

на ее преодоление	<p>толерантности к неблагоприятным известиям относительно течения опухолевого процесса</p> <ul style="list-style-type: none"> • развитие способности распознавать различные ситуации манифестации состояния нетолерантности к неопределенности • выявление ситуаций, провоцирующих состояния беспокойства по поводу неопределенности, и погружение в них на основе метода экспозиции • выявление иррациональных убеждений, связанных с катастрофизацией последствий бессонницы
Модуль, направленный на переоценку ценности беспокойства	<ol style="list-style-type: none"> 1. выявление всех аргументов в пользу беспокойства 2. выявление контраргументов и анализ негативных последствий неадекватного беспокойства по поводу онкологического заболевания 3. формулировка новых убеждений относительно беспокойства как неэффективной стратегии совладания с опасностью 4. выявление негативного влияние беспокойства на засыпание и качество сна
Модуль, направленный на решение проблем	<ol style="list-style-type: none"> 1. подготовка к неизбежности определенности в процессе решения проблем 2. определение существующих проблем и формулировка цели по их преодолению 3. выработка различных возможных путей достижения этих целей 4. выбор оптимального пути 5. применение выбранных средств и оценка результата 6. обучение пациентов гигиене сна 7. обучение пациентов релаксирующим техникам и приемам, направленным на снижение нервно-психического напряжения, которые включают в себя прогрессирующую мышечную релаксацию, аутогенную тренировку 8. обучение пациентов поведению, способствующему нормализации сна
Модуль, направленный на преодоление когнитивного избегания и выработку способности переносить неприятные мысли	<ol style="list-style-type: none"> 1. обсуждение образов пугающих ситуаций, связанных о жизненными обстоятельствами или проявлениями онкологической патологией, ее течением и прогнозом 2. описание чувств и субъективная оценка уровня тревоги 3. тренировка устойчивости к этим образам и чувствам на основе метода экспозиции 4. обучение навыку отслеживания

и образы	дисфункциональных убеждений, касающихся подготовки ко сну, засыпания, процесса сна и оценка их достоверности
Модуль, направленный на формирование поведенческих навыков	<ol style="list-style-type: none"> 5. сочетанное использование экспозиции и навыков релаксации, освоенных в процесс диафрагмального дыхания 6. формирование паттерна здорового сна, соблюдение предписанного времени пребывания в постели, разработка ритуала отхода ко сну, воздержание от дневного сна, поздних приемов пищи, соблюдение режима физической и эмоциональной нагрузки
Тренинг техник сосредоточенного внимания (майндфулнес)	<ol style="list-style-type: none"> 7. освоение техники «мысленное сканирование тела» 8. освоение практики «децентрированного, свободно плавающего внимания» 9. освоение медитативных техник осознанности
Модуль, направленный на профилактику рецидивов	<ol style="list-style-type: none"> 1. закрепление всех полученных знаний и навыков 2. обсуждение возможных триггеров и провокаций, которые могут способствовать возвращению старого неэффективного стиля совладания 3. обсуждение способов поведения в ситуациях, в которых проявляется старый стиль реагирования 4. формирование положительной реакции сонливости, связанной со спальным местом, и создание адекватного и эффективного ритуала отхода ко сну

Сеансы диафрагмального дыхания дополнительно способствуют снятию психоэмоционального напряжения и общему расслаблению организма. Такой тип дыхания помогает улучшить засыпание, уменьшить мышечное напряжение, дезактуализировать негативные, пессимистические мысли и снизить тревожность.

При вдохе происходит активизация психического состояния человека, во время выдоха, напротив, наступает успокоение и расслабление организма.

Акцент на вдохе (то есть, делая вдох более интенсивным или продолжительным, чем выдох), активизирует мозговые и соматические системы организма. Частое поверхностное дыхание, насыщающее кровь кислородом, также оказывает стимулирующее влияние на организм, переводя его в состояние напряжения и возбуждения.

При замедлении дыхания, равномерных и глубоких вдохах, с удлинением и акцентом на выдохе, уменьшается напряжение, и организм находится в состоянии приятного расслабления.

Таким образом, обучившись навыкам диафрагмального дыхания, пациент с онкологическим заболеванием способен самостоятельно регулировать свое психофизиологическое состояние, снимать тревожность, достигать мышечного и психологического расслабления, а также, концентрируясь на своем дыхании, отвлекаться от навязчивых мыслей и переживаний, переводить фокус внимания с дисфункциональных убеждений на ощущения в теле, что способствует снижению уровня тревоги, напряжения, более быстрому засыпанию.

Когнитивный курс психотерапии в сочетании с тренингом по диафрагмальному дыханию в долгосрочной перспективе способствует сокращению дозировок и длительности курса медикаментозного лечения нарушений сна у пациентов с онкологическими заболеваниями, обеспечивает условия для более быстрой и устойчивой стабилизации состояния, является эффективной профилактикой рецидивов тревожных нарушений, способствующих формированию диссомнических проявлений, поскольку пациент обучается навыкам самоанализа и саморегуляции, что позволяет ему следить за своим состоянием и регулировать его, распознавать начальные проявления болезненных эмоциональных состояний, самостоятельно предотвращать их или купировать, своевременно обращаться за квалифицированной медицинской помощью в случае необходимости.

Таким образом, в развитие диссомнических и эмоциональных нарушений у пациентов с онкологическими заболеваниями большой вклад вносят психологические факторы. Это обуславливает эффективность психотерапевтических мероприятий. Симптоматическое улучшение, снижение тревожности, нормализацию сна можно достигать с помощью разных психотерапевтических методов. Эффективными оказывается когнитивно-поведенческая психотерапия, направленная на коррекцию

иррациональных установок в отношении нарушений сна и онкологической патологии, преодоление низкой толерантности к неопределенности, в т.ч. к прогнозу заболевания, формирование устойчивых навыков совладания с тревогой, и релаксирующие техники.

Литература:

1. Городничев А.В. Современные тенденции в терапии тревожных расстройств: от научных данных к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина — клинической практике) / Под ред. С.Н. Мосолова. – Москва : Издательство «Социально-политическая мысль», 2012. – С. 643–668. – 1080 с.
2. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 4. – С. 42-52.
3. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., Полторак С.В., Поляков А.Ю., Разина М.В., Сафонова Н.Ю. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств. / Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева – 2017. – Т. XLIX. – № 2. – С. 31-36.
4. Карвасарский Б.Д. Неврозы. Руководство для врачей. - Изд. 2-е. - М.:Медицина, 1990. – 572 с.
5. Ковров Г.В., Лебедев М.А., Палатов С.Ю., Меркулова Т.Б., Посохов С.И. Нарушения сна при тревожных и тревожно-депрессивных расстройствах. / РМЖ «Медицинское обозрение». – 2015. – № 10. – С. 530-535.
6. Корабельникова Е.А. Возможности коррекции инсомнии без применения снотворных препаратов // Эффективная фармакотерапия. – 2013. – №12. – С.30-38.
7. Мизинова Е.Б., Караваева Т.А., Полторак С.В., Белан Р.М. Иррациональные когнитивные установки больных с тревожно-фобическими невротическими расстройствами как мишени психотерапии. / Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2017. – № 1. – С. 53-58.
8. Михайлов В.А., Полуэктов М.Г., Полторак С.В., Левин Я.И., Поляков А. Ю., Стрыгин К.Н., Бабак С.Л. «Клинические и нейрофизиологические характеристики нарушений сна у больных с тревожными расстройствами и способы их коррекции» / Обозрение психиатрии и медицинской психологии. – 2013. – №3. – С. 81-88.
9. Полуэктов М.Г. Расстройства сна в практике психиатра // Современная терапия психических расстройств. 2012. – №4. – С.11-17.

10. Психотерапия: Учебник для вузов. 4-е изд. / Под ред Б.Д. Карвасарского – СПб.: Питер, 2012. – 672 с.
11. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Клиническая психология сна и его нарушений. – М.: Смысл, 2012. – 320 с.
12. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a metaanalysis of direct comparisons. / *World Psychiatry*. – 2013. – №12. – P. 137-148.
13. Dugas MJ, Brillon P, Savard P et al. A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. / *BehavTher*. – 2010. – № 41. –P. 46-58.
14. Jacobs GD, Pace-Schott, EF, Stickgold, R, Otto MW. Cognitive behavior therapy and pharmacotherapy for insomnia: a randomized controlled trial and direct comparison. / *Arch Intern Med*. – 2004. – № 164. – P.1888-1896.
15. Lichstein KL, Wilson NM, Johnson CT. Psychological treatment of secondary insomnia. / *Psychol Aging*. – 2000. – № 15. –P. 232-240.
16. Linden M, Zutraegel D, Baer T et al. Efficacy of cognitive behavior therapy in generalized anxiety disorders. / *PsychotherPsychosom*. – 2005. – № 74. – P. 36-42.
17. Morin C.M., Davidson J.R., Beaulieu-Bonneau S. Cognitive Behavior Therapies for Insomnia I: Approaches and Efficacy In Kryger M.H., Roth T., Dement W.C. (eds.) / *Principles and Practice of Sleep Medicine*. 6th ed. Philadelphia: Elsevier. – 2016. – P. 804-813.
18. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallieres A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. / *Am J Psychiatry*. – 2004. – №161. – P.332-342.
19. Pigeon W. R. Treatment of Adult Insomnia with Cognitive-Behavioral Therapy. / *Journal of Clinical Psychology* – 2010. – № 66(11). – P. 1148-1160.
20. Trauer JM, Qian MY, Doyle JS et al. Cognitive Behavioral Therapy for Chronic Insomnia: A systematic review and meta-analysis. / *Ann Intern Med*. – 2015. – № 163 (3). –P. 191–204.
21. Zachariae R, Lyby MS, Ritterband LM, O'Toole MS. Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. / *Sleep Med Rev*. – 2015. – № 30. – P. 1–10.

ГЛАВА 17

ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Караваева Т.А.

В настоящее время пограничные психические расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями являются широко распространенными, утяжеляющими течение и прогноз основного заболевания, значительно ухудшающими качество жизни больного и членов его семьи. Своевременное и адекватное психологическое и врачебное вмешательство, назначение психотропных препаратов обеспечивает терапевтический эффект у пациентов с такими нарушениями, однако без лечения тревожные, фобические, панические, депрессивные, ипохондрические, астенические, инсомнические и другие проявления могут привести к неблагоприятным медицинским, психологическим и социальным последствиям [3, 9, 18].

Адекватное применение психотропных препаратов, обладающих антитревожной, анитипанической, антидепрессивной активностью в комплексной терапии, способствует значительному снижению уровня беспокойства, купированию панических состояний, созданию условий для преодоления фобий, нормализации фона настроения, восстановлению сна и повышению активности пациентов с онкологическими заболеваниями [2, 7, 17]. Выбор класса базисного препарата и комбинирование его с другими медикаментозными средствами определяется рядом факторов, в числе которых выраженность клинических проявлений, время наступления результата лечения, ожидаемые побочные эффекты, возможные осложнения от проводимой терапии, опасения развития синдромов отмены, условия оказания медицинской помощи, характеристики онкологического заболевания, взаимосвязь с основным противоопухолевым лечением, общее

соматическое состояние организма больного, наличие и выраженность болевого синдрома и другие [6, 23].

Важным аспектом организации медицинской помощи онкологическим больным с коморбидными психическими расстройствами является выделение и соблюдение ряда принципов, позволяющих учитывать как клинические, психологические, социальные характеристики заболеваний (онкологического и психического), так и организационные аспекты, условия проведения различных видов и этапов терапии [4, 8, 26].

Принцип этапности предусматривает преемственное ведение больных в соответствии с показаниями на амбулаторном и стационарном уровнях оказания онкологической помощи. Назначенная на одном из уровней психотропная терапия должна быть поддержана в дальнейшем и скорректирована в зависимости от состояния онкологического больного и конкретных задач противоопухолевого лечения. Противопоказана резкая отмена психотропных препаратов при госпитализации в стационар или обрыв терапии при нахождении пациента в домашних условиях. В ряде случаев пациенту может быть необходима госпитализация в психиатрический стационар. Определение показаний для госпитализации основывается на оценке тяжести клинических психопатологических проявлений, степени нарушения функционирования, возможности нахождения в профильном учреждении по общему состоянию, согласованности с основными курсами лечения онкологической патологии, а также необходимости изоляции пациента и подборе адекватной психотропной терапии.

Целесообразно ориентироваться на следующие показания для выбора организационных условий при подборе психотропной терапии онкологическим пациентам с пограничными психическими расстройствами [22].

Показания для стационарного лечения:

- Выраженная психопатологическая симптоматика – существенная астенизация, интенсивная тревога, глубокие депрессивные нарушения, суицидальный риск.
- Невозможность подбора медикаментозной терапии амбулаторно за счет резистентности состояния, плохой переносимости терапии, тяжести онкологических проявлений.
- Необходимость снизить риск кризисных ситуаций, возможных в ходе лечения.
- Обусловленная симптомами невозможность амбулаторного лечения при фобии, ограничительном поведении, частых панических атак, витальной депрессии.
- Необходимость изоляции из актуальных жизненных психотравмирующих обстоятельств.

Показания для амбулаторного лечения:

- Отсутствие выраженной психопатологической симптоматики.
- Способность находится в социуме и желание (мотивация) получить навыки совладания с психотравмирующей ситуацией, онкологическим заболеванием, необходимость сохранения имеющегося уровня адаптации и возможность использования психологической коррекции и психотерапевтических методов лечения.
- Возможность подбора медикаментозной терапии в амбулаторных условиях.
- Возможность преодоления ограничительного поведения.

Принцип комплексности при реализации психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных стратегий у онкологических пациентов может рассматриваться в нескольких аспектах [1, 8].

Во-первых, организация комплексного обследования пациентов, сочетающего в себе общеклиническое и профильное онкологическое, психологическое и социальное направление. В общеклиническом

обследовании использование современных методов диагностики способствуют более тонкой дифференциальной диагностике, отграничению симптомов, вызванных новообразованиями от проявлений психического заболевания, определению роли каждого заболевания в течении и тяжести состоянии пациента.

В план психологических диагностических мероприятий включается определение особенностей личностного функционирования, наличия и степени выраженности акцентуаций характера и характерологических особенностей, типа внутренней картины болезни, специфики механизмов психологической адаптации, психологических механизмов возникновения и развития заболевания, симптомообразования, характера мотивации к участию в лечебно-реабилитационной работе.

В оценке состояния пациента и определении прогноза терапии имеют значение социальные, профессионально-трудовые (степень трудоспособности, трудовая занятость, уровень инвалидизации и др.) и социально-бытовые (степень адаптации и актуальная ситуация в семейной и внесемейных сферах общения) факторы.

Во-вторых, принцип комплексности реализуется с учетом биопсихосоциальной модели при лечении пограничных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями в условиях сочетанного взаимодействия различных специалистов (онкологов, психотерапевтов, психологов, социальных работников и других). При комплексной форме работы участники лечебного и реабилитационного процесса рассматривают клинико-терапевтические явления под разными углами зрения с позиции своих специальностей, сотрудничая, взаимно дополняя друг друга, при решении основных терапевтических задач.

Бригадный метод позволяет выработать конкретный для каждого больного индивидуальный план лечения, включая весь необходимый комплекс медико-, психолого- и социально-реабилитационных мероприятий в

конечном счете, имеющие своей целью максимальное восстановление уровня функционирования больного, улучшение качества его жизни.

Врач-онколог организует лечебный процесс и взаимодействие специалистов, участвующих в оказании специализированной медицинской помощи, определяет план обследования и ведения пациента, назначение терапии. Врач-психотерапевт назначает психофармакотерапию, координирует проведение психотерапии, внедряет в работу современные методы лечения, психопрофилактики и психогигиены.

Клинический (медицинский) психолог проводит психодиагностическое исследование, в том числе в динамике лечения, оценивая влияние опухолевого процесса на психику и адаптационные ресурсы пациента. Совместно с врачом-психотерапевтом разрабатывает терапевтические, реабилитационные и психокоррекционные программы с учетом индивидуально-психологических, половых и возрастных факторов, течением и прогнозом онкологического заболевания, отношения и переносимости лечения основной патологии. Осуществляет мероприятия по психопрофилактике, психокоррекции, психологическому консультированию, оказывая помощь пациентам, их родственникам в решении психологических и социальных проблем, вызванных онкологическим заболеванием. Совместно с врачом-психотерапевтом оценивает эффективность проводимых психологических, лечебных и профилактических мероприятий с учетом общего состояния пациента.

Специалист по социальной работе по направлению врача организует индивидуальную, семейную и групповую работу с пациентами с целью улучшения их социальной адаптации, более полного восстановления, возможности реабилитации в профессиональной сфере в период ремиссии основного заболевания, обеспечивает проведение мероприятий по социально-правовой защите пациентов, организацию взаимодействия с учреждениями, оказывающими социальную помощь. Совместно с врачом разрабатывает индивидуальные планы социальной реабилитации пациентов с

онкологическими заболеваниями; организует в лечебно-профилактическом учреждении терапевтическую среду, создает терапевтическое сообщество пациентов.

В-третьих, принцип комплексности в психотерапевтических и реабилитационных стратегиях у онкологических пациентов с пограничными психическими расстройствами реализуется в сочетанном использовании медикаментозных (психофармакотерапия) и немедикаментозных (психотерапия, психологическая коррекция) методов терапии.

Принцип дифференцированности предполагает целевое применение терапевтических методов для конкретного пациента конгруэнтное основным клиническим проявлениям психопатологических нарушений с соответствием характеру, течению и лечебных стратегий опухолевого заболевания. В зависимости от клинических характеристик пограничной психической патологии у пациента с онкологическим заболеванием, личностных особенностей пациента, организационных условий, проявлений опухолевого процесса, его стадии и прогноза, общего соматического состояния, жизненной и социальной ситуации больного, наличия осложнений, особенностей профильной терапии индивидуально оцениваются мишени и цели проводимого лечения, осуществляется подбор комбинированной фармакотерапии, определяется содержание и характер психотерапии, объем, сроки, этапы, порядок оказания всего комплекса лечебных и реабилитационных мероприятий.

Принцип интегративности представляет собой обоснованное взаимосвязанное использование онкологического лечения, психофармакотерапии и психотерапевтических методов и приемов, имеющих своей целью более интенсивное и эффективное воздействие для создания условий оптимальной реабилитации и восстановления или облегчения состояния пациента. Использование психофармакотерапии при пограничных психических расстройствах у онкологических пациентов определяет вектор биологического воздействия, тогда как психотерапия позволяет решать

психологические и социальные трудности, связанные с личностью пациента и его основным заболеванием. При формировании интегративной терапевтической стратегии имеются, определяющие направленность, эффективность, прогноз, методы, играющие стратегическую роль и другие методы, решающие частные тактические задачи, позволяющие повысить эффективность лечения и реабилитации в целом.

На протяжении последних десятилетий существенно изменились подходы к пониманию взаимоотношения биологических, психологических, социальных факторов в патогенезе пограничных психических расстройств и онкологических заболеваний как самостоятельных нозологий, так и их коморбидном сочетании. Как в мировой, так и в отечественной теории и практики здравоохранения сформировалась биопсихосоциальная парадигма понимания нарушений, основанная на целостном, системном и персонализированном подходе к оценке человека и его функционирования в целом, упрочились новые взгляды на соотношение и содержание различных видов лечения, организационных форм, медицинских направлений.

Развитие фармакоиндустрии, разработка новых препаратов и внедрение их в современные терапевтические стратегии лечения позволили не только добиваться более быстрого симптоматического улучшения, но и построения доверительных отношений с пациентом, усиления эффективности психотерапевтических вмешательств, сокращение сроков стационарного лечения, более широкого использования экономически предпочтительных амбулаторных методов терапии при пограничных психических расстройствах у пациентов с онкологическими заболеваниями.

Соотношение психо- и фармакотерапии в лечебном процессе гибко определяется в каждом конкретном случае. С одной стороны, оно зависит от индивидуальных параметров (личности пациента, его адаптационных ресурсов, характера социального взаимодействия, жизненных обстоятельств), с другой – от характеристик психических расстройств (патогенеза, особенностей проявлений и выраженности психопатологической

симптоматики, готовности к психотерапии, психофармакотерапии), с третьей - от локализации, объема, течения, прогноза опухолевого процесса, его осложнений и лечения (стадии заболевания, переносимости специализированной терапии, общего состояния пациента и пр).

Чем выраженнее в сложном патогенезе пограничных психических расстройств биологические механизмы, тем более положительный эффект дает применение лекарственной терапии. В то же время биологические виды лечения не всегда решают стратегические задачи достижения длительного и устойчивого результата, а лишь тактические, что определяется существенной ролью психогенных факторов в формировании психопатологических нарушений у больных онкологического профиля, экзистенциальными переживаниями, отношением к процессу болезни и выздоровлению. Однако при целенаправленном применении психотропных средств для воздействия на те или иные звенья патогенеза влияние фармакологических веществ на отдельные синдромы или симптомы может приближаться к патогенетическому [5, 11, 15].

Принципы фармакотерапии психических расстройств у онкологических больных

На достижении оптимального эффекта при проведении фармакотерапии у пациентов с онкологическим заболеванием влияют следующие факторы:

- Точность диагностики психопатологических нарушений. Психофармакотерапия показана при тревожных, панических, фобических, депрессивных, ипохондрических, астенических, диссомнических расстройствах у пациентов с различными с онкологическими заболеваниями [7, 10, 19].
- Выбор препарата, комбинированной схемы лечения. Подбор терапии определяется выраженностью психопатологической симптоматики, общим соматическим состоянием больного, переносимостью терапии, возможностями использования совместно с назначаемыми конкретному больному противоопухолевыми и другими препаратами, характеристиками

новообразования. Используются анксиолитические препараты (бензодиазепиновые и небензодиазепиновые транквилизаторы), нормотимики и антидепрессанты (предпочтительнее группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина – СИОЗС или селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина – СИОЗСН), нейролептики (чаще атипичные) [1, 16, 21].

- Доза назначаемых препаратов. Субтерапевтические дозировки при выраженной истощенности и астенизации организма, нестойкости психопатологических проявлений или их эпизодической манифестации, терапевтические при неосложненных клинических психопатологических нарушениях, высоких терапевтических – при резистентных нарушениях, выраженных психопатологических проявлениях, фармакологической резистентности, интенсивном болевом синдроме. Малая потребность в средствах с мощным психотропным действием обеспечивает возможность широкого применения психотропных средств с минимальными побочными эффектами и низким потенциалом лекарственных взаимодействий [2, 20].
- Продолжительность лечения. В большинстве случаев необходима длительная и непрерывная терапия с учетом наличия стрессовой ситуации, вызванной течением и лечением онкологического заболевания и их следствиями, полиморфизма триггерных факторов (нозогенных, соматогенных, ятрогенных). Для большинства психотропных препаратов минимальным сроком, необходимым для определения их эффективности, являются 2–3 недели [25].
- Учет выраженности возможных побочных эффектов и их кумулятивности с основным заболеванием, его осложнениями, побочными эффектами противоопухолевой терапии.
- Учет взаимодействия психофармакотерапии и основного лечения.
- Выбор препарата осуществляется на основании баланса эффективности и переносимости /безопасности.

- Учет возможной выраженности плацебо-эффекта проводимой психотропной терапии.

Алгоритм психофармакотерапии пограничных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями (в тексте приведены международные непатентованные названия препаратов)

- В качестве препаратов для снятия эмоционального напряжения и снижения интенсивности тревожных, фобических нарушений применяются **бензодиазепиновые транквилизаторы**: клоназепам, альпразолам, бромдигидрохлорфенилбензодиазепин, диазепам, лоразепам, диазепам [16, 17]. Они характеризуются низким уровнем неблагоприятного влияния на деятельность основных функциональных систем организма, а в некоторых случаях проявляют положительный соматотропный эффект. Важным их преимуществом является отсутствие интеракции с соматотропными препаратами, химиотерапией, лучевой терапией, разрывом между терапевтическими и летальными дозами. Кроме выраженного анксиолитического (антитревожного) обладают вегетотропным, релаксирующим и противосудорожным, снотворным действием [12]. В качестве их недостатков, которые важно учитывать при формировании стратегии психофармакотерапевтического лечения необходимо отметить риск привыкания и формирования лекарственной зависимости, возможную гиперседацию, сопровождающаяся дневной сонливостью, нарушением когнитивных функций, дизартрией, атаксией; иногда встречающиеся парадоксальные реакции (двигательное возбуждение, раздражительность, агрессивность, усиление тревоги и нарушения восприятия, которые могут возникать при назначении транквилизаторов у пациентов, злоупотребляющих алкоголем, наркотиками, принимающих препараты, угнетающе действующие на ЦНС).
- Рекомендации: анксиолитическое действие бензодиазепинов наступает быстро, однако препараты малоэффективны при длительном применении.

Длительность курса не должна превышать 2–4 недели. В случае необходимости более длительной психотропной терапии должны быть использованы другие группы психотропных средств в комбинированной схеме.

- Прекращение терапии бензодиазепинами следует проводить постепенно с целью предупреждения синдрома отмены. Клиническая картина синдрома отмены включает бессонницу, тревогу, потерю аппетита, тремор, потливость, расстройства восприятия. Синдром отмены чаще развивается на 2–3-й неделе после прекращения приема препарата, но может возникать и через несколько часов.
- Передозировка проявляется в виде резкой заторможенности, спутанности сознания, дизартрии, клонических подергиваний конечностей, рвоты, глубокого сна продолжительностью до 2 суток.
- Антидепрессанты из различных групп применяются для достижения основных терапевтических эффектов - антидепрессивного, нормотимического и дополнительных - антитревожного, антифобического, снотворного. Большинство фармакологических эффектов антидепрессантов развивается на уровне синаптической нейротрансмиссии. В процессе терапии антидепрессантами происходит постепенное изменение рецепторной чувствительности, чем, в частности, объясняется отставленность клинического эффекта при их использовании на 2–3 недели [3, 24].
- Рекомендации: в связи с чувствительностью онкологических больных к побочным эффектам используют малые и средние дозы антидепрессантов и препараты с хорошими профилями переносимости, например, СИОЗС (флуоксетин, сертралин, пароксетин, флувоксамин, циталопрам), СИОЗСН (венлафаксин, дулоксетин), которые имеют мало побочных эффектов, но, как правило, обладают стимулирующим действием, что необходимо учитывать в начале терапии). Трициклические антидепрессанты требуют осторожности в подборе адекватных доз в

связи с выраженными побочными эффектами. Эффективны и миртазапин, а также малые антидепрессанты (тразодон, агомелатин), которые используются для снижения уровня тревоги, эмоционального напряжения и интенсивности фобических переживаний.

- Продолжительность терапии антидепрессантами — от 2 до 12 месяцев.
- В терапии депрессивных расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями целесообразно применение комбинированной терапии, сочетающей в себе рациональную психофармакотерапию, где предпочтение отдается препаратам с минимальным риском развития побочных эффектов и хорошей переносимостью и использование психотерапевтических методик [4, 10]. При использовании антидепрессантов отмечается быстрая редукция депрессивных симптомов, высокое число респондеров и возможность получить эффект при применении минимальных терапевтических доз, что связано с преобладанием легкой и умеренной форм и нозогенной природой большинства депрессивных расстройств. Однако нельзя игнорировать тот факт, что в отсутствие полной гарантии на окончательное излечение в случае ремиссии после радикального вмешательства и, тем более, при непрерывном или рецидивирующем течении онкологических заболеваний нозогенные факторы не поддаются полной коррекции и, наряду с ятрогенными/соматогенными влияниями, определяют необходимость длительной непрерывной терапии антидепрессантами [14]. Также необходимо при выборе терапии учитывать особенности лекарственных взаимодействий между психотропными препаратами и средствами лечения онкологических заболеваний, связанные не только с возможным усугублением побочных эффектов, но и влиянием на эффективность лечения в целом.
- Учитывая отставленный эффект антидепрессантов для быстрого воздействия на тревожную и фобическую симптоматику применяются препараты из группы **небензодиазепиновых анксиолитиков**

(гидроксизин, буспирон, этифоксин). Они не имеют поведенческой токсичности и не вызывают зависимости.

- Основными клиническими эффектами **антипсихотиков** являются антипсихотический (редукция бреда, галлюцинаций), седативный (нормализация психомоторной активности – коррекция возбуждения, агрессии), антитревожный, иногда активирующий. В качестве дополнительных эффектов можно отметить гипотермический (за счет действия на терморегуляторные центры гипоталамуса, периферического расширения сосудов), противорвотный (посредством угнетения хемочувствительной части рвотного центра, содержащей дофаминергические рецепторы (эффективно при рвоте токсического характера), центральный и периферический противогистаминный (используется в хирургии и дерматологии), потенцирование снотворного и наркотического действия.
- При лечении пограничных психических расстройств у больных с онкологическими заболеваниями для воздействия на когнитивную составляющую тревожных и фобических нарушений чаще используется «малые» или атипичные нейролептики в средних и малых дозах: сульпирид, алимемазин, хлорпротексен, тиоридазин, тиаприд, кветиапин, рисперидон. Необходимо обращать внимание, что большая часть нейролептиков активно вмешиваются в гормональный обмен, способствует увеличению пролактина и сдвигу в других нейроэндокринных подсистемах, поэтому их использование у онкологических пациентов с опухолями молочной железы и другими гормонально-зависимыми новообразованиями противопоказано [13, 18].
- Основные эффекты препаратов **нормотимического действия** проявляются в виде сглаживания колебаний настроения; снижения психомоторного возбуждения, уменьшения насыщенности сверхценных и бредовых идей. В качестве побочных эффектов могут отмечаться: явления сонливости, головокружения, атаксии; иногда тошнота, рвота, запор и

диарея. В редких случаях при лечении карбамазепином – развивается выраженная лейкопения поэтому его использование в онкологической клиникe должно быть ограниченным. Нормотимики в своем большинстве представлены антиконвульсантами, которые назначаются как тимостабилизаторы, используются вальпроевая кислота, окскарбазепин, ламотриджин, прегабалин. Подтверждены анксиолитический и противоболевой эффекты прегабалина, его влияние на психический, соматический и вегетативный компоненты тревоги, а также хорошая переносимость и высокий уровень безопасности.

- Рекомендуемая длительность фармакотерапии пограничных психических расстройств у пациентов с опухолями зависит от превалирующих психопатологических нарушений, стадии, прогноза основного онкологического заболевания, переносимости терапии и наиболее часто составляет от 3 до 12 месяцев после наступления терапевтического эффекта от применяемой терапии [4, 13, 22].
- Возможны побочные эффекты психофармакотерапии пограничных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями. При применении психотропных препаратов возможны побочные явления: сонливость, заторможенность, задержка мочеиспускания, запоры или поносы, тошнота, головные боли, головокружение. В то же время адекватные дозировки и назначения лекарств строго по показаниям значительно снижают риск проявления побочных эффектов [18, 22].

В таблице представлены рекомендуемые дозы препаратов для лечения пограничных психических расстройств, которые могут быть использованы в онкологической практике (табл. 1).

Таблица 1 - Рекомендуемые дозы препаратов для лечения пограничных психических расстройств у онкологических больных

Препарат	Рекомендуемая доза (мг)
СИОЗС	
Пароксетин	20-40
Флуоксетин	20-60

Сертралин	50-150
Флувоксамин	50-150
Циталопрам	20-40
Эсциталопрам	10-20
СИОЗСН	
Венлафаксин	75-225
Дулоксетин	60-120
Антидепрессанты из других групп	
Тразодон	50-300
Агомелатин	50-100
Амитриптилин	75-150
Кломипраamil	75-150
Миртазапин	15-30
Небензодиазепиновые анксиолитики	
Гидроксизин	25-50
Буспирон	10-60
Этифоксин	50-200
Золпидем	10-20
Зопиклон	7,5-15
Бензодиазепины	
Клоназепам	0,5-2
Альпразолам	0,25-0,75
Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин	0,5-2
Диазепам	10-20
Лоразепам	4-8
Нитразепам	10-20
Нейролептики	
Сульпирид	200-400
Алимемазин	10-20
Хлорпротексен	30-150
Тиоридазин	20-40
Амисульперид	100-200
Рisperидон	2-6
Кветиапин	200-600
Флупентиксол	5-20
Перициазин	10-20
Трифлуперазин	10-15
Противоэпилептические препараты	
Прегабалин	150-600

Примечание. СИОЗСН - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина; СИОЗС - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.

Качественная организация медицинской помощи онкологическим пациентам с пограничными психическими расстройствами, с учетом основных тенденций изменения психофармакологических, психотерапевтических и реабилитационных стратегий, использование комплексных и интегративных подходов, привлечение для участия в лечении различных специалистов позволяет не только решать задачи повышения эффективности и рентабельности терапии, добиваться в благоприятных случаях скорейшего выздоровления пациентов, создавать условия для улучшения качества жизни и облегчения состояния в случаях с прогрессивным течением заболевания [3, 7, 19].

Литература:

1. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей. – Littera, 2014. – 1080 с.
2. Бажин Е. Ф., Гнездилов А. В. Психофармакологические и психокоррекционные аспекты реабилитации онкологических больных. // Журнал клинической психоонкологии. – 2007. – № 3. – С. 46-65.
3. Караваева Т. А., Васильева А. В., Полторак С. В., Колесова Ю. П. Принципы и алгоритмы психофармакологического лечения тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств). // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2016. – № 1. – С. 3-10.
4. Караваева Т. А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71-74.
5. Литвинцев С. В., Успенский Ю. П., Балукова Е. В. Новые возможности терапии тревожных расстройств. // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 73-79.
6. Медведев В. Э. Терапия тревожно-депрессивных расстройств у больных терапевтического профиля. // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2015. – № 1. – С. 22-30.

7. Мосолов С. Н. Диагностика и терапия депрессий при соматических заболеваниях. // Фарматека. – 2003. – № 4. – С. 49-55.
8. Полторак С. В., Караваева Т. А., Васильева А. В. Изменение соотношения психотерапии и фармакотерапии при невротических расстройствах во второй половине XX и начале XXI веков. // Вестник психотерапии. – 2013. – №47(52). – С. 29-37.
9. Резник А. М., Арбузов А. Л., Квашнина Н. В., Лисицына Е. А. Агорафобия и паническое расстройство с генерализацией тревоги: клиника и возможности терапии. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2004. – Т. 6. – С. 14-26.
10. Самушия М. А., Мустафина Е. А. Нозогении (психогенные реакции) у женщин со злокачественными опухолями органов репродуктивной системы. // Психические расстройства в общей медицине – 2007. – № 3. – С. 11-16.
11. Смулевич А. Б. Психические расстройства в клинической практике. – М.: 2011. – 720 с.
12. Andlin-Sobocki P., Wittchen H-U. Cost of anxiety disorders in Europe. // Eur.J.Neurol. – 2005. – Vol. 12. – P. 9-44.
13. Behar E., Borkovec T .D. The nature and treatment of generalized anxiety disorder. // Rothbaum B.O. The nature and treatment of pathological anxiety: essays in honor of Edna B. Foa. – New York: Guilford, 2005. – P. 181-196.
14. Boerner R. J., Moller H..J. Pharmakotherapie der Panikstörung und/oder Agoraphobie. // Leitlinien und Ulinische Anwendungsstrategien. Psychopharmakotherapie. – 1996. – Vol. 3(4). – P. 168-177.
15. Cowen P. J. New drugs, old problems. Revisiting... Pharmacological management of treatment-resistant depression. // Advances in Psychiatric Treatment. – 2005. – Vol. 11. – P. 9-44.
16. Holbrook A. M., Crowther R., Lotter A., Cheng C., King D. Metaanalysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. // CMAJ. – 2000. – Vol. 162. – P. 225-233.
17. Foldes-Busque G., Marchand A., Landry P. Early detection and treatment of panic disorder with or without agoraphobia: update. // Can. Fam. Physician. – 2007. – Vol. 53. – P. 1686-1693.
18. Gil Nuno P., Albuquerque E., Vilao O. Use of psychotropic drugs in palliative cancer care: A retrospective Study. // Abstracts of the 8th world congress of psycho-oncology. – 2006. – Vol. 15 (2). – P. 154.
19. Katon W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 216-226.
20. Kennedy S. H., Lam R. W., Nutt D. J., Thase M. E. Treating Depression Effectively: Applying Clinical Guidelines. – London, 2004. – 542 p.
21. Miller K., Massie M.J. Depression and anxiety. // Cancer J. – 2006. – Vol. 12. – P. 388-439.

22. Newport D. J., Nemeroff C. B. Assessment and treatment of depression in the cancer patient. // *J Psychosom Res.* – 1998. – Vol. 45. – P. 215-237.
23. Rahola J. G. Somatic drugs for psychiatric diseases: Aspirin or simvastatin for depression? // *Current Neuropharmacology.* – 2012. – Vol. 10(2). – P. 139-158.
24. Soczynska J. K., Mansur R. B., Brietzke E. et al. Novel therapeutic targets in depression: Minocycline as a candidate treatment. // *Behav. Brain Research.* – 2012. – Vol. 235(2). – P. 302-317.
25. Trivedi M. H. Treatment-resistant depression: New therapies on the horizon. // *Ann. Clin. Psychiatry.* – 2003. – Vol. 15 (1). – P. 168-177.
26. Yirmiya R., Pollak Y., Barak O. et al. Effects of antidepressant drugs on the behavioral and physiological responses to lipopolysaccharide (LPS) in rodents. // *Neuropsychopharmacology.* – 2001. – Vol. 24. – P. 531-544.

Глава 18

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДСТВЕННИКОВ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОКОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЫ

Караваяева Т.А.

Неизлечимую болезнь одного из членов семьи еще в прошлом веке стали рассматривать как чрезвычайный по силе психотравмирующих фактор для родственников больного.

Если душевному состоянию онкологического больного и сегодня, несмотря на достижения современной психологии и медицины, оказывается недостаточно внимания, психическому, душевному состоянию его близких родственников уделяется времени еще меньше. В связи с этим не только у больного, но и у его окружения зачастую формируются нервно – психические расстройства. Переживаемый ими дистресс не редко сопровождается деформацией и изменением семейных отношений, возникновением психосоматических и пограничных психических нарушений, которые в свою очередь провоцируют дальнейшую дезадаптацию членов семьи и влияют на возможности адаптации онкобольного [18, 33, 35].

В настоящее время онкологическое заболевание, относится к экстремальным и кризисным ситуациям, так как обладает свойственными подобным ситуациям особенностями: отсутствие контроля над ситуацией, неопределенность будущего, внезапность возникновения при наличии смертельной угрозы, стадийность протекания реакций на болезнь, разрушение картины окружающего мира. Именно эти особенности создают особо сильные переживания для «онкологической семьи». Адаптация всей семьи к онкологическому заболеванию состоит главным образом в возможности существовать в условиях заболевания [2, 29].

Жизненная ситуация, складывающаяся в семьях, столкнувшихся с проблемой болезни близкого, может рассматриваться в рамках концепции «бремя семьи», акцентирующей внимание на разнообразных трудностях, неизбежно возникающих у тех, кто ухаживает за больным членом семьи. Необходимость ежедневного ухода за больным, как правило, связана с объективными ограничениями профессиональной деятельности и социальной активности, дополнительными финансовыми расходами, нарушением повседневного семейного функционирования у его родственников [31].

J.M. Patterson выделяет три фазы, характеризующие реагирование семьи в процессе адаптации к стрессовому событию: приспособления, кризиса, адаптации или дезадаптации. Фаза приспособления – период времени, когда семья пытается найти ресурсы, чтобы приспособиться к существующей в семье ситуации. Однако, если объективные обстоятельства и актуальные требования существенно превышают имеющиеся у семьи адаптационные возможности, наступает фаза кризиса. Фаза кризиса – характеризуется превалированием актуальных требований к членам семьи в отдельности и к семье в целом и ее возможностям и ресурсам, что приводит к нарушению равновесия и способствует дезорганизации семейной системы. Начинается изменение структуры семьи, ее функционирования, паттернов семейного взаимодействия, ролевое перераспределение [35].

Описывая фазу адаптации/дезадаптации J.M. Patterson обращает внимание, что семья, как система стремится к восстановлению стабильности, используя, так называемую, регенеративную силу одним из трех способов: пытаясь уменьшить требования, повысить собственные возможности или приписать иной смысл травматическим событиям. Этот процесс может повлиять на стабильность семейной идентичности, мировоззрение семьи, которые могут меняться в связи с теми значениями, которые семья придает стрессору. В зависимости от исхода ситуации, длительности ее течения, адаптационных ресурсов семья может повышать

свою адаптивность, или, напротив, – становиться более уязвимой к стрессу, и в этом случае развивается дезадаптация [35].

При дезадаптации у членов семьи могут возникать психологические проблемы или развиваться психопатологические нарушения чаще тревожного или депрессивного характера [17, 29, 32]. В структуре депрессивного синдрома в группе ближнего окружения онкологического больного преобладают тревожные депрессии (75%), тоскливые депрессии (14%), апатические депрессии (11%). В клинико-психологических характеристиках депрессивных нарушений у родственников больных онкологией доминируют тревожные опасения за поведение и состояние больного, сожаление о своих собственных упущенных возможностях. У части родственников в структуре депрессии наблюдаются такие витальные признаки, как ощущение тоски, снижение веса, нарушение сна с ранним пробуждением на всем протяжении заболевания [29].

Р. Vschon провел обследование 73 вдов, чьи мужья умерли от онкологии. Женщины отметили, что пережили социальную смерть, поскольку родственники и друзья отдалились от них в то время, когда их мужья болели.

Как отмечал А.В. Гнездилов, заболеваемость и смертность среди близких родственников в течение года – двух после потери близкого человека увеличивается на 40–60 %, а, по некоторым данным, почти вдвое, что также связано с психосоматическими механизмами депрессивных нарушений. С одной стороны, на фоне аффективных нарушений снижается устойчивость иммунной системы, с другой, – развиваются идеи виновности, самообвинения, которые могут способствовать суицидным тенденциям [13].

Развитие и формирование нарушений может происходить как остро, так и постепенно, и связано с течением самого онкологического заболевания, его прогнозом, характером отношений в семье. После первичной шоковой реакции, вызванной сообщением об онкологическом заболевании, близким родственникам больного, чтобы иметь возможность существовать в изменившейся для них ситуации и принять болезнь, необходимо пройти

несколько стадий, таких же, как проходит сам больной: отрицание, агрессию, депрессию, попытку «сговора» с судьбой, принятие [19]. Каждая способствует продвижению больного и его близких в принятии болезни и при этом наполнена всевозможными переживаниями. Темп продвижения по стадиям сугубо индивидуален для каждого члена семьи, но общая семейная тенденция позволяет ускорять или замедлять скорость прохождения стадий для каждого. Отношение к болезни имеет большое значение в адаптации к заболеванию. Экстремальность и кризисность самой ситуации, в которой оказывается человек в результате онкологического заболевания, оказывает прямое влияние на отношение к болезни. Оно формируется на протяжении всей болезни и лечения. Отношение к онкологическому заболеванию [29] определяется восприятием и принятием самого диагноза, его значением для «онкологической семьи», ожидаемыми результатами и побочными эффектами лечения больного.

Семейные проблемы, связанные с онкологическим заболеванием, обусловлены влиянием заболевания на взаимоотношения пациента с членами его семьи и их отношением к больному. Угроза тесным партнерским отношениям, которые являются основной социальной потребностью каждой личности, перестройка устоявшихся связей один из мощных психотравматических факторов и для членов их семьи [4].

Настрой больного и его близких, по мнению Н.П. Напалкова, важное условие, от которого зависит течение заболевания [23]. Он может как мобилизовать внутренние резервы больного и его близких, так и выступать дезадаптирующим фактором. Правильно выстроенная линия поведения родственников онкологического больного помогает преодолеть ему агрессивные реакции, направленные на близких и самого себя. Нередко именно благодаря родственникам и ради них онкологический больной преодолевает свой страх, соглашается на лечение, борется за жизнь. Они могут поддерживать его веру в выздоровление, надежду на то, что он будет жить.

Безусловно для каждого человека, столкнувшегося с любым заболеванием, приводящим к смерти, калечащим, ограничивающим свободу и привычный образ жизни, психологическая и всякая иная поддержка близких людей, семьи чрезвычайно важна [12]. Ему крайне необходимы внимание, любовь, забота близких. Становится очевидным, что внимание к одному болеющему члену семьи односторонне, так как не принимается в расчет динамика функционирования семьи.

Однако могут иметь место и негативные эмоции по отношению к страдающему онкологической патологией близкому, которые могут проявляться в виде недовольства, гнева, раздражения, восприятия онкологического заболевания близкого и его поведения как препятствия в жизни. Такие переживания у родственников больного часто сопровождаются чувствами вины и стыда, эмоциональным напряжением и истощением, тревожными и депрессивными реакциями, гореванием по поводу утраты преморбидной личности больного и существовавших до болезни отношений.

Некоторые больные, приспособившись к своему состоянию, начинают из своей болезни извлекать пользу, манипулируют окружающими, перекладывают на них обязанности, требуя особого к себе отношения, аггравирова проявления болезни. А.Ш. Тхостов и А.И. Лактионова, изучая таких больных, их установки на дальнейшую жизнь, подчеркивают огромную трудность в психокоррекции подобных случаев «условной необходимости болезни», а также необходимость профилактической работы с этими больными. У другой группы онкологических пациентов, как отмечают авторы, изменяется отношение к своему здоровью как к важнейшей социальной и ценности. В психотравмирующей ситуации приоритетными становятся другие социальные ценности, такие как семья, творческая работа, различного рода увлечения, труд и др. [28].

Самообвинения, характерные для родственников онкологических больных, во многом связаны со стигматизацией, невозможностью предотвратить неблагоприятный исход, переживанием неизбежной потери.

Вследствие этого родственники больных стараются избегать разговоров о заболевании с окружающими, у них формируются реакции дистанцирования, избегания и изоляции, резко сокращаются социальные контакты.

Кроме того, исследования свидетельствуют о наличии взаимосвязи семейного бремени родственников онкологического больного со степенью их удовлетворенности оказываемой медико-психологической помощью. Неудовлетворённость качеством медико-психологическим обслуживанием члены семьи больного как правило связывают с недостаточностью предоставляемой им информацией о заболевании их родственника, отсутствием адекватных практических рекомендаций по уходу за больным, недоступностью медицинских служб в случае ухудшения состояния.

Родственники нередко обвиняют медицинских работников в бездушии, некомпетентности, нерасторопности. Они также могут выражать агрессию и предъявлять претензии к низкому качеству обслуживания, воспринимая любую неудачу терапии как результат ошибок со стороны специалистов, занимающихся лечением их родственника с онкологическим заболеванием. Если врач наблюдал или лечил больного еще до возникновения злокачественной опухоли, родственники могут упрекать его в невнимании, низком профессионализме, черствости, даже если для этого нет достаточных оснований [12].

По мнению Д.Л. Березкина и В.Н. Филатова человеку не свойственно в таких ситуациях обвинять себя или больного, даже если основания для этого достаточно очевидны (неадекватное лечение предопухолевых заболеваний, многолетнее интенсивное курение, постоянные стрессовые ситуации из-за неурядиц в семейной жизни и т.д.) [5]. Нередко родственники больного, узнав о неизлечимом заболевании, обеспокоены временем, которое он может еще прожить [16]. Сама постановка вопроса свидетельствует об их ориентации на подготовку к его смерти, а не на создание возможно лучшего качества жизни (в первую очередь в психологическом плане).

Исследование семей онкологических больных, выявило проблемы, которые можно разделить на три группы [34]:

- аффективные реакции лиц, ухаживающих за больным: страх от того, что умирает близкий человек, тревога, чувство неопределенности по отношению к состоянию его здоровья, чувство беспомощности, поиск смысла жизни;
- изменение поведения: смена семейных ролей и жизненного стиля, перемены в сексуальном поведении, необходимость заботы о больном, которая возрастает на поздних этапах лечения, финансовые обязательства;
- проблемы, связанные с системой обслуживания: потребности членов семьи могут не совпадать с таковыми у больного, часто помощь воспринимается как недостаточная, неадекватная; возникает впечатление, что семья брошена на произвол судьбы, один на один со своими проблемами.

Реакции родственников больного с онкологической патологией определенным образом связаны со стадиями течения заболевания. На начальной стадии заболевания реакция родственников больного схожа с реакцией самого больного [3]. Эта стадия является наиболее психотравмирующей. Родственники часто испытывают внутреннее противоречие между собственным страхом и необходимостью поддержать больного. Нередко они вынуждены не только обеспечивать поддержку больному, но и выступать в роли посредников при его общении с медицинскими работниками.

Эмоциональное напряжение для онкологического больного и его родных значительно усиливается при необходимости оперативного вмешательства [6, 28]. Самым сложным для супругов онкологических больных было ожидание результатов операции. В период стационарного лечения супруги больных нередко испытывают более интенсивную тревогу,

чем сами больные. Это объясняется повышенным чувством ответственности за жизнь больного родственника, результат его лечения. В ряде случаев их опасения связаны со страхом взять на себя различные обязанности, которые они ранее не выполняли, и переживаниями перед еще большими проблемами в случае смерти или инвалидизации близкого родственника

Если заболевание не приводит к инвалидизации, при наличии хорошего прогноза и наступления ремиссии, семейное функционирование может вернуться к почти прежнему доболезненному уровню. И даже в ситуации неопределенности семья может пытаться строить планы на будущее.

По мнению А.Ш. Тхостова и А.И. Лактионовой, если у пациента есть стойкое нарушение функционирования, ограничения, связанные с болезнью, возникает необходимость переструктурирования жизненного стиля, изменения внутрисемейных ролей, во многом обусловленная усилением зависимости больного члена семьи от окружения [28]. Сокращается общение в различных сферах, меняется эмоциональный климат, уменьшаются сферы активности семьи. Нередко у членов семьи накапливается психологическая усталость при уходе за тяжелобольными, даже возникает агрессия по отношению к нему и одновременно чувство вины за эту агрессию. Кроме того, уход за тяжелобольным требует дополнительных расходов, что ухудшает качество жизни и усиливает переживания членов семьи.

В терминальной фазе заболевания пациенты становятся полностью зависимыми от своего окружения. Чаще всего отмечаются следующие проблемы, возникающие у родственников больного на этом этапе: необходимость заботиться об умирающем и поддерживать его; необходимость говорить о приближающейся смерти; столкновение с чувствами расставания и потери. Родственники испытывают трудности при общении с больным, поскольку не могут открыто обсудить с ним возникающие проблемы. Иногда эти проблемы общения обусловлены ложными представлениями родственников об информированности пациента

о заболевании, поскольку он может знать или предполагать о своем заболевании больше информации, чем думают об этом родные [7].

На этапе терминального состояния больного онкологическим заболеванием кризисные переживания родственников определяются реакцией горя с чувством утраты или вины перед больным, часто наблюдаются усиленные попытки присоединить более интенсивную терапию, госпитализировать больного в надежде значительно улучшить его состояние. Формируется сопротивление принятию неизбежности смертельного исхода. Эти ощущения могут быть скорректированы в ходе психологической подготовки родственников больного к неизбежности конечной стадии заболевания.

Подходы к психологической коррекции и психотерапии родственников больных онкологическими заболеваниями.

Психологическую коррекцию и психотерапию можно проводить как в индивидуальной, так и в семейной формах [20, 26]. В случае использования индивидуальных подходов в фокусе внимания оказывается обратившийся родственник с его внутренними переживаниями, личностными характеристиками, адаптационными ресурсами, представлениями о сложившейся ситуации.

Медико-психологическая работа с родственниками онкологических больных направлена не только на обучение как правильно ухаживать за близким человеком и относиться к нему, но и на эмоциональное состояние, правильное отношение к болезни и лечению, переработку внутренних переживаний [8, 11, 22]. Важными мишенями воздействия является изменение отношений с больным и другими членами семьи. Зная личностные особенности и отношение к смерти онкологических больных и членов их семей, можно повысить качество оказываемой психологической и психотерапевтической помощи, трансформировать нецелесообразные усилия по борьбе с заболеванием в создание условий для достойного ухода из жизни, который не остается в памяти родных мучительным периодом отчаяния и

страдания. Задача специалиста – найти взаимопонимание с родственниками больного онкологией, чтобы психологический кризис, обусловленный серьезным заболеванием, преодолевался совместными усилиями всех сторон – «одной командой» [15, 25].

Комплексный подход способствует более эффективному и качественному продолжительному сопровождению больного. Онкологическое заболевание в семье является по своей сути психологическим кризисом, который способен в свою очередь породить семейный конфликт. Исходя из этого, целями семейной терапии являются повышение сплоченности семьи, улучшение адаптации ее членов к кризисным ситуациям, выработка конструктивного стиля общения между членами семьи [21]. При необходимости проводится психологическая коррекция тревоги членов семьи, связанной с перестройкой ролей и позиций в семье с целью установления более эмпатийных отношений.

Несомненно более эффективной является семейная психотерапия, под которой принято понимать комплекс психотерапевтических методов и приемов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений [20, 30].

В предложенном Ю.Е. Алешиной варианте работы с семьей онкологического больного имеет три составляющие [1]:

1. информационный (теоретический) блок;
2. коммуникативный тренинг;
3. системная семейная психотерапия.

Теоретический блок состоит из лекционных занятий, которые содержат информацию о современных подходах к диагностике, лечению и реабилитации при онкологических заболеваниях. Предоставляется информация о психологических особенностях онкологического больного, его переживаниях, возможных нарушениях социального функционирования пациента. Подчеркивается важность участия родственников в системе предоставления комплексной помощи онкологическому больному.

Обращается внимание, что психологическая дезадаптация родственников онкологических больных неблагоприятно влияет на лечение и на качество жизни пациента и самих членов семьи [21]. Родственникам разъясняется, что они могут испытывать трудно скрываемый гнев от чувства бессилия и отсутствия контроля ситуации, в основе которого обычно лежит чувство вины и ощущение, что они делают что-то неправильно.

В ходе коммуникативного тренинга родственников учат корректно обсуждать с больным и между собой клинические проявления заболевания, результаты обследования, планируемое лечение, взаимодействие с медицинским персоналом, прогноз заболевания и многие другие вопросы, связанные с различными аспектами жизни и болезни больного родственника [24].

Системная семейная психотерапия позволяет рассматривать семью как открытую самоорганизующуюся систему, в которой поведение ее членов определяется особенностями функционирования семьи как целого и служит для поддержания внутрисемейного гомеостаза. Рассмотрение семьи как системы позволяет определить роль, которую онкологическое заболевание одного из членов семьи играет в процессе поддержания стабильности семьи. Диагностико-терапевтическое значение имеет осознание реальной семейной ситуации, связанной с заболеванием, при которой обнаружение и осознание сложностей заставляет членов семьи пересмотреть свое поведение, помогает им преодолеть барьер исключительности ситуации и выработать позитивное отношение к проблеме, создает возможность конструктивного ее решения [14]. Семейная терапия для родственников онкологических больных может включать в себя: определение внутрисемейных ролей, формирование адекватного взаимодействия между членами семьи, создание благоприятного для больного эмоционального климата, правильное разрешение ранее существующих конфликтов, консолидацию родственников для решения имеющихся проблем, укрепление эмоциональной поддержки, объективную оценку прогноза и состояния больного и пр.

В процессе психотерапии могут использоваться истории, притчи, басни, мифы [25]. Цель терапевтических историй — соприкосновение в воображении с ситуацией-примером. Истории выполняют функции зеркала, образца, посредника между психотерапевтом и клиентом.

Часто используемой методикой при проведении психотерапии является проигрывание ситуаций. Сюжет может быть взят из жизни семьи или носить более обобщенный характер. Могут, например, проигрываться и обсуждаться темы «Трудный выбор», «Решительный разговор», «Обида» и т.д. Любой из членов психотерапевтической группы может исполнять роль, значимую для него, или быть режиссером ситуации. Затем участники меняются ролями или одну и ту же роль играют разные лица. Ситуации проигрываются в форме диалога или без слов (так называемый метод пантомимы).

Н.А. Дзеружинская, О.Г. Сыропятов, рассматривая онкологию в семье как травмирующую ситуацию для всех ее членов, в особенности родственников больных онкологическими заболеваниями, сформулировали несколько этапов коррекции такой семьи [27].

На первом этапе терапии, при формировании терапевтического альянса, важно создать условия, чтобы члены семьи выразили личные переживания по поводу сложившейся критической ситуации, свои опасения, неблагоприятные ожидания как в отношении больного, так и в отношении себя. Зачастую родственники больных онкологическим заболеванием испытывают трудности в формулировании собственных представлений и ощущений в силу глубоких эмоциональных переживаний. Важным этапом является осознание ими своих чувств и чувств больного и понимание адекватности, нормальности возникновения этих эмоций.

На следующем этапе психокоррекционной работы каждый член семьи описывает свое видение травмирующей ситуации. Обмениваясь своими представлениями и переживаниями друг с другом, члены семьи проясняют для себя как проблема воспринимается каждым из них. Происходит переформулирование личного опыта и отношение к факту онкологического

заболевания у близкого в опыт совместный, что в дальнейшем способствует меньшей травматизации. В процессе терапии родственники больных с онкологической патологией лучше и целостнее понимают и принимают эмоции и чувства, с которыми они сталкиваются за период болезни. Основной целью семейной психотерапии для родственников является научение жизни в условиях болезни его близкого человека с адекватным реагированием на происходящее [10,11].

На терминальном этапе течения заболевания часто каждый из близких, ухаживающий за онкологическим больным, чувствует себя изолированным в своих страданиях, потому что ощущает беспомощность и невозможность помочь умирающему. В этом периоде родственникам необходимо примириться с трагическими событиями, пережить утрату и постепенно начать процесс возвращения нормального функционирования семьи.

Самым верным разрешением кризисных и экстремальных ситуаций будет постепенное восстановление психического баланса. Кроме того, человек не только восстанавливает свое душевное состояние, но и, имея уже новый опыт, расширяет свои возможности, при которых усиливается рост личности. Помимо всего, при адекватном разрешении кризисной ситуации происходит переоценка ценностей, переосмысление приоритетов, и перестройка жизненных целей [18].

Литература:

1. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование. – М.: Класс. – 2000. – 208 с.
2. Бочаров В.В., Карпова Э.Б. Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях / Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Ананьевские чтения – 2004.– матер.научно практ. конф. СПб. – 2004. – С. 54-59.
3. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях: Методические рекомендации. – Л. – 1987. – 18 с.
4. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: Методические рекомендации. – Л. – 1983. – 33 с.

5. Березкин Д.Л., Филатов В.Н. Тенденции выживаемости онкологических больных: существует ли прогресс в противораковой борьбе. / Вопросы онкологии. – 1989. – Т. 35. – № 5. – С. 545–559.
6. Блинов Н.Н., Демин Е.В., Чулкова В.А. О качестве жизни онкологических больных после радикального лечения // Вопросы онкологии. 1989. – Т. 35. – № 6. – С. 643–648.
7. Блинов Н.Н., Комяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу. / Вопросы онкологии. – 1990. –Т. 36. – № 8. – С. 966–969.
8. Бьюдженталь Дж. Искусство психотерапевта. СПб., 2001. –475с.
9. Герасименко В.Н., Борисов И.В. О месте и роли психотерапии в онкологической практике. / Клиническая медицина. – 1974. – № 9. – С. 48–51.
10. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Применение психологических методов в восстановительном лечении и реабилитации онкологических больных. / Актуальные вопросы изучения механизмов гомеостаза: Сб. раб. науч. конф. – Каунас, 1983. – С. 142–144.
11. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. – М.: Медицина, 1988. – 272 с.
12. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь // СПб: «Речь». – 2002. – 237 с.
13. Гнездилов А.В. Психотерапевтические аспекты в хосписной службе. / Паллиативная медицина и реабилитация. – 1996. – № 1. – С. 30–32.
14. Говязина Т.Н., Лебедева Т.М. Практические рекомендации по осуществлению комплексной реабилитации стомированных больных. – Пермь, 2002. – 98 с.
15. Демин В.Е., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки. / Вопросы онкологии. – 1990. – Т. 36. – № 3. –С. 360–364.
16. Донская Л.В., Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Роль и задачи психолога в обследовании и лечении онкологических больных. / Вопросы онкологии. – 1986. – Т. 32. – № 10. – С. 90–98.
17. Дудниченко А.С., Дышлев Л. Н., Дышлева А.Ю.О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей. / Проблемы мед. науки и образования. – 2003. – №3. – С. 68-80.
18. Карпова Э.Б., Чулкова В.А. Онкологическое заболевание как психологический кризис. / Ананьевские чтения – 2007: матер.научно практ. конф. СПб университета. – 2007. – С. 556- 557.
19. Кюблер Росс Э. О смерти и умирании. – К.:«София», 2001. – 320 с.
20. Луценко А.Г., Балабаха О.С. Возможности семейной психотерапии в работе с онкологическими больными.– М., 2007. – 238с.

21. Манухина Н.М. Системная семейная психотерапия соматических больных в период их госпитализации./ Семейная психология и семейная терапия. – 2000. – №2. – С. 15-20.
22. Мерлич С.В. Семейная системная психотерапия при оказании мультидисциплинарной медико – психологической помощи стомированным больным. – М., 2004. – 108с.
23. Напалков Н.П. Общая онкология. – Л.: «Медицина», 1989. – 648 с.
24. Панков М.Н. Позитивная психотерапия в паллиативной онкологии. – Архангельск: Помор. Ун-т, 2005. – 126 с.
25. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия. М.: Смысл, 1993. – 203 с.
26. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001. –126 с.
27. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Техники психотерапии при ПТСР. – Киев, 2014. – 320 с.
28. Тхостов А.Ш., Лактионова А.И. Психологические аспекты восстановительного лечения больных, оперированных по поводу рака желудка. / Вопросы онкологии. – 1990. – Т. 2. – С. 215–220.
29. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии. / Медицинский журнал «Практическая онкология». – Т 10. – № 3. – 2009.
30. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2003. – 334 с.
31. Biegel D.E., Sales E., Schiz R. Caregiving in chronic illness: alzheimers disease, cancer, heart disease, mental illiness, and stroke. / Nawbury Park: Sage Publ. – 1991. – 332 p.
32. Evans D., Straab J., Ward H. et al. / Depression and Anxiety. – 1997. – Vol. 4. – P. 199-208.
33. Greer S. Psycho oncology: its aims, achievements and future tasks. / Psycho Oncology. – 1997. – Vol. 3. – № 5. – P. 87-101.
34. Holland J.C., Lenzi R. The Human Side of Cancer: Living With Hope. – HarperCollins, 2001. – 368 p.
35. Patterson J.M. Undarstandihg family resilience. / Journal Clinical Psychol. – 2002. – Vol. 58(3). – P. 233-246.

ГЛАВА 19

РЕБЕНОК, СТРАДАЮЩИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, И ЕГО СЕМЬЯ

Крылова О.А., Кулева С.А.

19.1. Психологическое состояние больного ребенка, страдающего онкологическим заболеванием

Необходимость привлечения психологов и психотерапевтов к работе с онкологическими больными, особенно с детьми, диктуется наличием стрессовой ситуации, в которую попадает пациент и его семья, что нередко чревато развитием различных психических расстройств. Профилактикой и уменьшением выраженности этих изменений необходимо начинать заниматься уже на догоспитальном этапе.

Психологическое состояние тяжелобольного ребенка определяется несколькими факторами:

- **а)** Все дети, и здоровые и больные, в целом, **на госпитализацию** реагируют одинаково. При поступлении в отделение многим страшно, грустно, хочется плакать [24]. Дети младше 7 лет, как правило, не характеризуют свое отношение к госпитализации, просто говорят, что очень хочется домой. Глубина переживаний ребенка определяется возрастом, характером заболевания, длительностью пребывания в отделении, количеством госпитализаций. Младших детей тяготит сам факт госпитализации, пугают болезненные манипуляции. Подростки, помимо этого, проявляют интерес к диагнозу и характеру своей болезни [24].
- **б)** Дети, от которых скрывают **диагноз**, тяжелее переносят лечение, становятся раздражительными, агрессивными, замкнутыми, нетерпимыми. Ситуация обычно улучшается, когда родители находят в себе силы и слова для большей откровенности с детьми. Часто больные

дети «уходят в себя», если знают, что родители не хотят или не могут обсуждать тему болезни. «Уход в себя» приводит к чувству одиночества, ребенок считает, что его оставили наедине с его проблемами. Но чрезмерная откровенность может оказаться для ребенка еще более тяжелой ношей. Необходим определенный психологический баланс при обсуждении этой темы. Он заключается в индивидуальном подходе при объяснении и информировании ребенка о его болезни. Важно принимать во внимание такие обстоятельства, как возраст, личностные особенности ребенка (характер, темперамент), его опыт болезней, интеллектуальное и духовное развитие, воспитание. Объяснение должно быть простым, доступным, понятным и деликатным [24].

- **в) Интенсивное и длительное лечение** является серьезным психотравмирующим фактором. По нашим наблюдениям до 13-14 лет большое значение придается неприятным ощущениям и болевому синдрому. Сложилось впечатление, что, в целом, тяжелее переносят болевой синдром мальчики. Как только общее соматическое состояние субъективно улучшается, и ребенка перестает беспокоить боль (особенно у младших детей заметен данный факт), то дети начинают относиться к лечению «легко», как бы не обращая внимания. В позднем возрасте (14-17 лет) более значимым по сравнению с болезненными и неприятными ощущениями, становятся различного рода ограничения, отрыв от коллектива в результате длительного многомесячного лечения.
- **Взаимоотношения с родителями**, переживания родителей, внутрисемейные отношения во время болезни ребенка существенно влияют на его душевное состояние и поведение. Для семьи болезнь ребенка является серьезным испытанием. Тяжелобольной ребенок может показывать следующие варианты взаимоотношений с семьей [11]:
 - ..1. деспотичное поведение, полное игнорирование интересов семьи, подчинение всех членов семьи обслуживанию себя и болезни;

- ..2. безразличное отношение к семье, уход в свои проблемы, связанные с болезнью;
- ..3. полная зависимость от семьи, полное послушание, чувство вины перед родителями;
- ..4. отношения в семье могут и не измениться или измениться адекватно ситуации.

С течением заболевания типы взаимоотношений могут трансформироваться. Фиксация на болезни ребенка часто сопровождается воспитательской растерянностью (изменением стиля воспитания), когда одни родители стремятся удовлетворить все потребности ребенка, а другие, наоборот, верят, что твердость и принципиальность в воспитании могут помочь ребенку выздороветь [24]. Такой стиль воспитания, в конечном итоге, приводит к полной утрате контроля над поведением ребенка.

Можно выделить **3 основных типа поведения родителей больного ребенка** [24]:

- **Реалистический**, при котором сохраняются адекватные отношения между членами семьи, включая сибсов. Родители общительны, контактны, являются примером уверенного в себе, адаптивного поведения. Беспокойство и тревога родителей не являются патологическими.
- **Пессимистический**, родные практически отвергают больного ребенка. Происходит утрата жизненных интересов родителей или чрезмерная фиксация на здоровом ребенке. Все члены семьи находятся в состоянии хронической эмоциональной усталости и напряжения. Такое поведение может быть как признаком маскированной депрессии, так и стремлением избежать ответственности.
- **Необоснованно оптимистический**, при котором происходит игнорирование серьезности заболевания, недооценка тяжести и глубины болезни или состояния ребенка. Такое отношение приводит к тому, что при последующем ухудшении состояния ребенка родители впадают в

тяжелую психологическую декомпенсацию (длительные депрессии, суицидные попытки). Поведение родителей не помогает, а усугубляет состояние больного ребенка и других членов семьи.

Данные типы ситуаций непостоянны и в разные периоды болезни могут сменять друг друга или даже проявляться в различных комбинациях.

- д) На детское **представление о смерти** влияет возраст ребенка, его жизненный опыт, включающий этническую, религиозную, культурную атмосферу, в которой растет ребенок [1, 6].

Развитие представлений здорового ребенка о смерти проходит через несколько определенных этапов [1, 24]:

1. До 4-5 лет дети не понимают, что такое смерть. Они считают все живым. В этом возрасте дети воспринимают вещи в неразрывном единстве и не пытаются провести различие между живым и неживым.
2. В возрасте 5-7 лет дети начинают думать и говорить о смерти, формируется страх смерти, как осознание факта конечности бытия. Известный детский психолог А.И. Захаров считает, что уже после 5 лет, с развитием абстрактного мышления и возрастанием познавательной активности формируется осознание своего «я» во времени и ребенок делает волнующее его открытие: то, что он умрет в конце концов, как и все остальные люди. До этого ребенок верил в постоянство окружающего мира, в то, что будет жить всегда [6]. Возникающие постепенно мысли о смерти и неизбежно сопровождающий эти мысли страх смерти, по мнению А.И. Захарова присущ большинству детей старшего дошкольного возраста. Причем девочки боятся значительно чаще, чем мальчики, так как у них более выражен лежащий в основе страха смерти инстинкт самосохранения [6]. В целом, здоровый, психологически адекватно развивающийся ребенок не воспринимает смерть в этом возрасте как то, что коснется его лично [1].

3. После 7-10 лет дети начинают уже точнее осознавать необратимость смерти. Если ребенок растет без серьезных проблем и испытаний, мысль о смерти относится к далекому будущему.
4. В старшем подростковом возрасте концепция смерти у ребенка сформирована как у взрослого [1].

Серьезно больные дети способны к обсуждению своей приближающейся или возможной смерти. Они понимают намного больше, чем мы предполагаем. Даже младшие дети, больные тяжелыми, особенно онкологическими заболеваниями переживают серьезность болезни и возможность смерти, выражают страх по этому поводу [24]. Страх смерти в детских переживаниях чаще проявляет себя в играх и рисунках [1, 11, 12, 24].

Личностные реакции на болезнь

У части детей в стационаре поведение характеризуется регрессивными формами и агрессивными реакциями. Наблюдения показывают, что дети старшего школьного возраста более подвержены психогенному влиянию обстановки в отделении.

Личностные психологические реакции детей на тяжелую болезнь укладываются в определение характерологических (Т.П. Симпсон, 1935) и патохарактерологических реакций, описываемых в отечественной детской психиатрии [7].

Характерологические реакции – это преходящее ситуационно обусловленное изменение поведения ребенка или подростка, которое проявляется преимущественно в определенной микросреде, имеет четкую психологическую направленность, не ведет к нарушениям социальной адаптации в целом и не сопровождается расстройствами соматических функций.

Патохарактерологические реакции – это психогенные личностные реакции, которые проявляются в разнообразных отклонениях поведения ребенка или подростка, ведут к нарушениям социально-психологической

адаптации и, как правило, сопровождаются невротическими, в частности, соматовегетативными расстройствами.

Патохарактерологические реакции могут возникать как из характерологических, так и с самого начала являться патологическими (у детей и подростков с психопатическими чертами характера, церебральной резидуально-органической недостаточностью, при дисгармонически протекающем переходном возрастном периоде (возрастной, нормативный криз) [10]. Как и другие формы психогенных реакций, патохарактерологические реакции обратимы, хотя и могут при неблагоприятных условиях переходить в более стойкие формы расстройств личности.

При тяжелых заболеваниях наиболее ярко могут проявляться следующие формы личностных реакций: реакции оппозиции, реакции отказа, компенсации, гиперкомпенсации. В подростковом возрасте, в дополнение к этим формам можно причислить реакцию эмансипации.

Реакции протеста (оппозиции)

В основе его лежит комплекс эмоционально насыщенных, очень значимых для ребенка переживаний: обиды, ущемленного самолюбия, недовольства отношением близких и т.п. Эти реакции всегда имеют определенную направленность и избирательность [7].

Различают реакции активного и пассивного протеста [7, 24].

Характерологические реакции активного протеста во время болезни проявляются в форме непослушания, грубости, вызывающего и агрессивного поведения в ответ на требования и рекомендации врачей, выполнение режима клиники. Такие формы реакции наблюдаются только в психотравмирующей ситуации, имеют четкую направленность против родителей и медицинского персонала, конкретных лиц, которые, по мнению ребенка, являются источником неприятных переживаний. Данные реакции относительно кратковременны и не склонны к фиксации. Они часто наблюдаются у детей с чертами эмоциональной возбудимости [24].

Патохарактерологические реакции активного протеста отличаются значительно большей интенсивностью проявлений, наличием агрессивного поведения, порой с оттенком жестокости, выраженным вегетативным компонентом (покраснение лица, потливость, тахикардия), большей длительностью периода измененного аффективного состояния ребенка, склонностью к повторению и фиксации нарушенного поведения, которое приобретает привычный характер [7]. Данные реакции могут наблюдаться против взрослых вообще, и проявляются не только в психотравмирующих, но и в обычных ситуациях (клиническое наблюдение №1).

Д., 12 лет.

Диагноз: Диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, II стадия. Лечился в течение 8 мес.

Мальчик из неполной семьи, имеет старшего брата 15 лет. Воспитанием занимается в основном бабушка. Мать постоянно находится на заработках в другом городе. Ребенок обучался в школе-интернате. В онкологическом отделении находился в сопровождении матери, которая была вынуждена часто отлучаться (работала на малоквалифицированных работах). При поступлении мальчик режим не нарушал, ничем особенно не выделялся. В процессе лечения вскрылись такие характерологические черты как лживость, склонность к демонстративно-шантажному поведению. Однажды (через несколько месяцев от начала лечения) после сильной ссоры с матерью (забрала ноутбук, при этом вела себя грубо в присутствии посторонних) пытался уйти из отделения «куда глаза глядят, чтобы сдохнуть», раздетым, был остановлен персоналом на выходе из отделения в трусах, сапогах и зимней шапке. Перед этим сорвал с себя капельные системы, пытался удалить центральный венозный катетер. Крик, сильная нецензурная брань в адрес матери сменялись неудержимым плачем. Ребенок отказывался возвращаться в палату, продолжать лечение, заявлял, что все равно сбежит. К матери несколько часов был очень агрессивно и гневно настроен, просидел в коридоре, рыдая, несколько часов. В последующем, подобное поведение (несмотря на психокоррекционную работу с подростком и матерью) в менее интенсивной форме повторилось еще два раза. Запускающим фактором также явился конфликт с матерью, которая предъявляла к ребенку достаточно адекватные требования.

К **реакциям пассивного протеста** обычно относят отказ от сотрудничества со взрослыми – врачами и родителями. Дети и подростки отказываются от выполнения требований, предъявляемых взрослыми,

демонстрируют недовольство, обиду, замаскированную враждебность к близким, с родителями утрачивается эмоциональный контакт. Дети становятся капризными, необщительными, что ранее было им несвойственно. Возможен отказ от еды, избирательный отказ от речи - элективный мутизм [3, 7].

Элективный мутизм встречается чаще у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Ребенок не пользуется речью и даже активно отказывается от речевого общения с лицами, вызвавшими психотравмирующую ситуацию (в больнице чаще с матерью или доктором), или нередко со всеми окружающими (прежде всего, взрослыми в определенной ситуации). Эти дети могут продолжать общаться в больнице с теми людьми, которые не участвуют в лечебном процессе. При возвращении домой из больницы речевое общение возобновляется. Характер реакций протеста определяется личностными особенностями ребенка и подростка, возрастным периодом. У детей упрямых, аффективно возбудимых чаще возникают реакции активного протеста, тогда как у детей робких, неуверенных в себе, инфантильных преобладают реакции пассивного протеста.

Особенно велика склонность к реакциям протеста в пубертатном возрасте, что объясняется стремлением к самостоятельности в этом возрасте [24] (клиническое наблюдение №2, данная иллюстрация демонстрирует не только элективный мутизм, но и тревожно-депрессивный синдром).

И., 5 лет.

Диагноз: Острый лейкоз из В-зрелых лимфоцитов, В 4 иммунологический вариант, ст. IV по S. Murphy.

Болен 3 месяца. В отделении пребывает в сопровождении матери. Ребенок из полной семьи. По характеру робкий, застенчивый, сензитивный, ранимый, интроверт, все время проводит в постели, лежит, что связано с общим плохим самочувствием на фоне проведения химиотерапии. Замкнутый, подавленный, тревожный, выражено астенизированный. Тихий. В вербальное общение не вступает, т.е. на обращенную речь не реагирует, поворачивается к врачу спиной или просто закрывает глаза, но по невербальным знакам заметно, что старается слушать разговор врача с мамой. При ухудшении соматического состояния мальчик резко

ограничивает общение и с ней, в контакт вступает сугубо по необходимости, при этом выражается односложно. В периоды относительно удовлетворительного самочувствия с мамой становится более контактным, живым и даже непродолжительное время играет с ней в игры. Мальчик не вступает в вербальный контакт с врачами, мед персоналом. Со слов мамы винит себя за свое состояние, за то, например, что не может полноценно кушать, т.к. тошнит. Очень боится медицинско-диагностических манипуляций. Во время проведения подобных процедур плачет, крепко держится за мать, не отпускает ее от себя.

Реакция отказа

Данная реакция относится к патохарактерологическим реакциям, которые запускаются сильными, глубокими отрицательными эмоциями (отчаяние, страхи). Дети пассивны, не выражают никаких желаний, всё делают или после просьбы, или принудительно. Наблюдается ограничение контактов.

Реакция компенсации

Наиболее ярко проявляется вне нахождения в больнице: в периоды стабилизации, ремиссии заболевания. Дети и подростки стремятся восполнить свои слабости, неудачи, физические дефекты, компенсировать их успехами в другой области. Например, слабый с абсолютными ограничениями для занятий физкультурой и спортом ребенок поражает отличной учебой, энциклопедическими знаниями в различных областях (клиническое наблюдение №3).

В., 15 лет.

Диагноз: Саркома Юинга.

Первичное лечение получал в 2013 г. Через 4 года обнаружен рецидив заболевания. В период ремиссии и в настоящее время, несмотря на возобновление лечения, Влад успешно учится в средней школе, постоянно участвует в международных шахматных турнирах среди лиц с ограниченными возможностями, занимает лидирующие места.

Реакции гиперкомпенсации

Дети настойчиво и упорно добиваются успехов именно в той области, в которой слабы. Например, слабый, с ограниченными физическими возможностями ребенок успешен в спорте.

Реакция эмансипации

Реакция эмансипации относится к подростковым реакциям [9, 10]. Она характеризуется повышенным стремлением подростков к самостоятельности, независимости от родителей и других взрослых. У больных подростков проявляется в стремлении игнорировать все медицинские рекомендации по лечению и образу жизни, не щадить себя, пренебрегать правилами осторожного и взвешенного поведения (*например, вызывающий отказ от приема лекарств, прогулка в плохую погоду в несоответствующей одежде, уходы из больницы по своему усмотрению, отказ отчитываться перед родителями, лечащим врачом*) [24].

19.2. Психические расстройства у детей/подростков с онкологическими заболеваниями

Предрасполагающими факторами к возникновению психических расстройств являются:

- наследственная предрасположенность;
- различные вредные факторы, предшествующие болезни: токсикоз беременности у матери, асфиксия в родах, недоношенность, травмы головы, тяжелые инфекции на первом году жизни и др.;
- преморбидные особенности характера, взаимоотношения в семье, тип воспитания (влияют на формы психических расстройств);
- соматогенный фактор (последствия поражения внутренних органов, кровотечений, интоксикаций, гипоксии, при длительности болезни – истощение компенсаторных возможностей организма, снижение иммунитета);
- психогенный фактор (осознание и переживание болезни, отрыв от семьи, накопление отрицательного опыта болезни, госпитализации, интенсивное лечение и др.)

По тяжести психических нарушений обычно выделяют психотический уровень нарушений и непсихотический [3].

Астенический синдром – это состояние нервно-психической слабости, то есть повышенной раздражительности и утомляемости со снижением продуктивности в работе, неустойчивым настроением, сочетающимися с вегетативными симптомами и нарушением сна [3].

Астенический симптомокомплекс - наименее специфичная форма реагирования, может сопровождать заболевание на всем его протяжении или проявляться только в периоды ухудшения соматического состояния, во время интенсивной химиотерапии, при сопутствующих инфекциях или в периоды выздоровления после инфекций.

Астения может быть физической или психической. При соматических заболеваниях у детей чаще наблюдается смешанная астения (физическая и психическая).

Симптомами астенического синдрома являются:

- Выраженная усталость после незначительных нагрузок, усиливающаяся к вечеру.
- Нарушение внимания (рассеянность).
- Раздражительная слабость (выраженная эмоциональная лабильность с резкими перепадами настроения, сочетающаяся с повышенной чувствительностью (психическая гиперестезия) ко всем внешним раздражителям). Дети раздражительны, капризны, гневливы, слезливы, недовольны окружающими, конфликтны. Смена эмоций отмечается по незначительному поводу. Реакции носят эмоционально преувеличенный характер. Снижен болевой порог.
- Головные боли. Чаще отмечаются головные боли рассеянной неопределенной локализации с непостоянным характером. Они могут сопровождаться вегетативными или вестибулярными нарушениями: головокружением, покраснением глаз, лица. Дети отмечают связь боли с умственной нагрузкой, неприятными событиями, усталостью.

- Нарушения сна. Сон поверхностный, прерывистый, с частыми пробуждениями в первую половину ночи, после пробуждения засыпают с трудом. Утром такие дети чувствуют себя «разбитыми».
- В период манифестации заболевания более выражены проявления физической астении, для которой в первую очередь характерен истинный упадок сил.

Синдром тревоги у больных детей

Тревога – это эмоциональное состояние или реакция, характеризующаяся внутренним волнением, беспокойством, стеснением и напряжением, локализованными в груди. Она сопровождается предчувствием и боязливым ожиданием надвигающейся беды, пессимистическими опасениями, обращенными в будущее [3].

Тревога проявляется напряжением, настороженностью. Тяжело больные дети в состоянии тревоги нетерпеливы, часто многоречивы, суетливы, подозрительны, возбуждены, не переносят ожиданий, не отпускают от себя мать. Необходимо различать тревогу, адекватную по интенсивности и продолжительности вызвавшей ее реальной ситуации и болезненную, патологическую, обусловленную болезненным процессом или не соответствующую по тяжести, интенсивности и длительности вызвавшей ее причине. У большинства детей и подростков с синдромом тревоги психотического уровня в преморбиде отмечались тревожно-мнительные черты [7, 24].

Реакции страха у больных детей

Страх — эмоциональное состояние или реакция, содержанием которой являются опасения о своем благополучии или жизни [3].

Страх в ситуации болезни и лечения выполняет защитную функцию. Обычно такая реакция страха нормальная и естественная, она кратковременна и быстро обратима, не влияет на поведение ребенка, на его отношения с окружающими. Но может быть и патологическая форма страха, которая уже носит не защитный, а деструктивный характер и проявляется в

виде неконтролируемого поведения, неадекватного ситуации утрированного ужаса, отрицательно влияет на отношения с окружающими. В ситуации болезни могут наблюдаться ситуативные и личностные страхи, описываемые в литературе психиатрами и психологами.

Ситуативный страх возникает во время госпитализации (отрыв от домашней обстановки), при проведении болезненных диагностических и лечебных манипуляций и процедур. Дети в данных ситуациях могут чувствовать выраженный страх, вплоть до ужаса и паники.

Личностный страх представляет собой особенность характера. К таким страхам предрасположены дети с тревожно-мнительными чертами личности.

Прежде всего, страх проявляется в невербальном поведении: испуганное или растерянное выражение лица, блуждающий взгляд, дрожащий или плохо модулированный голос, плач, рыдания, суетливость, бегство. Страху присущи субъективные ощущения: «тяжелая» голова, «ватные» ноги», весь «мокрый», сердце бешено колотится. Эти описания чаще касаются острого ситуативного страха. Часто страх внешне не проявляется, о нем можно судить по косвенным проявлениям: уклонение от посещения процедурного кабинета, других кабинетов, ассоциирующихся с неприятными или болезненными ситуациями. Дети становятся подозрительными, прислушиваются или подслушивают разговоры взрослых, особенно врача и матери. Мимика у таких детей напряженная, озабоченная, они редко улыбаются, становятся осторожными, сварливыми. Проявлением страхов тоже могут быть кошмарные сновидения.

Факторы, влияющие на развитие страхов:

- **Детский возраст.** Страхи естественны для детей и важны для развития и приобретения жизненного опыта. Проявление страха, его интенсивность зависят от индивидуальных особенностей и социальных условий, в которых происходит формирование личности ребенка. Установлено, что девочки испытывают больше страхов, чем мальчики [6].

- **Состав семьи.** В неполных семьях дети уже, как правило, не уверены в себе, чувствуют себя беспомощными и незащищенными [6]. В ситуации болезни гиперопекающая мать многократно усугубляет в ребенке несамостоятельность и неуверенность, вследствие этого усиливаются уже имеющиеся страхи и стимулируется появление новых.
- **Возраст родителей.** Тревожность матерей, поздно вышедших замуж и долго не имевших детей, отражается на их детях, что, впрочем, характерно и для молодых женщин, несвоевременно ставшими матерями [6, 24].
- **Личностные особенности родителей.** Страхи, прежде всего, связаны с тревожно-мнительными чертами личности родителей, которые часто не только подкрепляют, но и усиливают тревожность ребенка, формируя определенный тип реагирования на окружающий мир [6]. Большинство страхов передаются все-таки неосознанно.

Депрессивные синдромы

У детей и подростков депрессия редко соответствует классической форме аффективной патологии, для которой характерны: тоскливое настроение, идеаторная (мыслительная) и моторная (двигательная) заторможенность, витальность аффекта (переживание глубокой, предсердной тоски - болезненной бесчувственности, которое локализуется «где-то в груди» и приносит больным «невыносимые» страдания), мысли о собственной малоценности, чувство вины, суицидные мысли, суточные колебания настроения (субъективное улучшение самочувствия во второй половине дня), инверсия сна (нарушение цикла сна-бодрствования) и отсутствие у больного осознания своей болезни. Кроме того, в структуру входят различные соматовегетативные симптомы: сухость кожных покровов, расширение зрачков (мидриаз), снижение аппетита, потеря веса тела, замедление перистальтики кишечника [3, 7, 23].

Варианты депрессий, наблюдаемые у детей в онкологическом отделении Института, - это депрессивно-дисфорический, тревожно-депрессивный, апато-адинамический, тоскливый.

Депрессивно-дисфорический вариант

Этот вариант депрессии проявляется мрачно-тоскливым, раздражительно-злым настроением. Такие дети угрюмы, неразговорчивы, порой ворчливы, недовольны и собой и окружающим миром. Фон настроения под влиянием внешних раздражителей может колебаться. Часто в голове крутятся мысли о несправедливо нанесенной обиде (клиническое наблюдение №4).

Е., 16 лет.

Диагноз: Остеогенная саркома, IV стадия.

Лечилась в течение года.

С раннего детства воспитывалась бабушкой. К матери переехала жить уже в подростковом возрасте. До госпитализации проживала с матерью, сводной сестрой 7 лет, отчимом. С отчимом отношения формальные. С матерью близких доверительных отношений нет. Также формально поддерживает отношения с родным отцом. По характеру скрытная, сдержанная в эмоциях, угрюмая. В процессе лечения увеличилась замкнутость, подавленность. Постоянно пребывала в мрачно-раздражительном настроении. С матерью была груба, всем недовольна. С психотерапевтом, детским психологом на контакт идти отказывалась. Ситуацию периодически усугубляло ухудшение соматического состояния на фоне полихимиотерапии. Эмоциональное состояние улучшилось после приезда бабушки, которая заменила мать, и курсового приема противотревожных средств.

Тревожно-депрессивный вариант

Это вариант проявляется ощущением внутреннего и внешнего (двигательного) беспокойства, напряженности и тревоги. Дети неусидчивы, стремятся к постоянной перемене места. У части детей, наоборот, отмечается невыраженная моторная заторможенность. Дети тревожны, боязливы, насторожены. Могут беспокоить навязчивые страхи за свое здоровье, чувство вины без конкретного содержания. В возникновении болезни часто

винят себя. Возможен панический страх перед болезнью. У большинства детей отмечается нарушения сна.

Апато-адинамический вариант депрессии

Апато-адинамическая депрессия характеризуется снижением у больного побуждений, и в психомоторной сфере проявляется заторможенностью (адинамией), а в аффективной - апатией. Апатия как радикал депрессивного настроения характеризуется чувством безразличия и равнодушия. Больные с апатической депрессией отличаются недостаточностью волевых побуждений. Отмечается сглаженность суточных колебаний самочувствия. Помимо этого, в структуре депрессивного синдрома присутствует симптом витальной астении – «энергетическое истощение» - ощущение общей слабости, достигающей степени бессилия, имеет место резкая истощаемость основных психических и физиологических процессов.

Такие дети все время проводят в постели, их трудно заставить встать, выйти из палаты. Им ничего не интересно, ничем не хочется заниматься. В течение дня бездеятельны. Мимика бедна, невыразительна. Аффект монотонный. В контакт вступают формально, говорят тихо, голос мало модулирован. Отмечается вялость, отсутствие присущей детям живости и любознательности. Они жалуются на рассеянность, постоянное чувство усталости и утомления. Движения замедленны. Такие дети кажутся пассивно смирившимися перед сложившимися жизненными обстоятельствами (клиническое наблюдение №5).

Д., 7 лет.

Диагноз: Лимфома Беркитта, III стадия.

Болен около 5 месяцев. Из полной семьи. В отделении находится в сопровождении матери. При поступлении и в течение первого месяца лечения выглядел апатичным, ко всему равнодушным. Все время проводил в постели. Мимика невыразительная. Речь тихая, монотонная. На вопросы отвечал односложно. Интерес к своему состоянию (болезни) не проявлял. В разговоре сообщал, что ничего не хочет, ничего не интересно, что постоянно чувствует слабость, усталость. Быстро уставал. Двигательно казался скованным, замедленным. Аппетит снижен. Душевное состояние усугублялось тяжестью соматического состояния, вследствие течения основного заболевания и лечения.

Вариант тоскливой депрессии

Характеризуется сочетанием меланхолического (тоскливого) аффекта с идеаторной и моторной заторможенностью. Все стороны жизни воспринимаются в тоскливых мрачных тонах. У этих больных ничего не вызывает радости и удовольствия. Дети выглядят печальными, часто плачут, молчаливы, замкнуты. Сами в контакт не вступают, голова опущена вниз. Отмечается психическая заторможенность, все время проводят в постели, ничем не интересуются. Свое горе, страдания связывают с болезнью (клиническое наблюдение №6).

М., 12 лет.

Диагноз: Диффузная В-крупноклеточная лимфома III A ст.

Получала лечение около 2,5 месяцев. В отделении находится в сопровождении матери, с которой сложились теплые отношения. Из полной семьи. По характеру впечатлительная, сенситивная. Тяжело переносит разлуку с родной старшей сестрой, с которой имеет очень близкие доверительные отношения и которая является для пациентки опорой и примером. После того, как узнала о заболевании, обращала на себя внимание тем, что держалась отчужденно, к общению с другими детьми не стремилась, часто в одиночестве плакала. Выглядела подавленной, выражение лица несчастное. Молчаливая, замкнутая. Рассказывала, что обеспокоена тем, как будет переносить основное программное лечение. Испытывала фрустрационные переживания (обескуражена фактом обнаружения данного заболевания, длительностью предстоящего лечения, возможными осложнениями, вызванными лечением, вынужденной изоляцией, резким изменением образа жизни). Двигательно заторможена. В целом, в силу особенностей личности, сильно подвержена влиянию внешних текущих (отрицательных) обстоятельств, связанных с болезнью.

Психоорганический синдром

Этот синдром характеризуется расстройством интеллектуально-мнестической сферы (снижение памяти, нарушение концентрации внимания, затруднение интеллектуальной переработки информации, низкий уровень выполнения заданий), эмоциональными нарушениями (лабильность, огрубление эмоций, эйфория, апатия), нарушениями активности (гипер или гипоактивность) [23] (клиническое наблюдение №7).

И., 4 года.

Диагноз: Атипичная тератоидо-рабдоидная опухоль головного мозга. Осложнения заболевания: симптоматическая эпилепсия.

Болен около 2-х лет. Постоянно принимает противосудорожную (депакин хроно)терапию. Периодически нарастает расторможенность, общее беспокойство. Отмечается постоянная выраженная эмоциональная лабильность: перепады настроения от плача навзрыд до смеха; от подавленности, угрюмости до гневливости. Объем внимания снижен. Рассеянный. При осмотре взгляд исподлобья, недоверчивый, подозрительный. На вопросы или не отвечает, или отвечает односложно, тут же замыкается. С детьми ведет себя более дружелюбно (периодически).

В литературе у тяжелобольных детей описываются психические расстройства с нарушением сознания: галлюцинаторно-бредовые синдромы, делириозный синдром, онейроидный синдром, синдром астенической спутанности, аментивный синдром [24]. В отделении химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова подобных состояний мы не наблюдали.

19.3. Психологическая и психофармакологическая помощь тяжелобольным детям и их семьям

Для профилактики и помощи ребенку и семье при характерологических и патохарактерологических реакциях необходимо проводить психологическую (психотерапевтическую) работу с родителями (коррекция стиля воспитания); работу с самим ребенком, подростком (осознание неприемлемости определенных стереотипов поведения), помочь проработать негативные переживания, связанные с болезнью и пребыванием в стационаре.

Лечение психических расстройств у детей с онкологическим заболеванием складывается из психотерапевтического воздействия на больного и его окружение, а также при необходимости применения психотропных препаратов. Психотерапия детей, страдающих тяжелыми соматическими заболеваниями, определяется возрастными особенностями. С

увеличением возраста детей и времени болезни происходит осознание ими связи своего заболевания с проблемами жизни, смерти, будущего. С осознанием этой связи и с увеличением опыта депривации (сокращение либо полное лишение возможности удовлетворять основные потребности — психофизиологические либо социальные) возрастает вероятность кризисных и психопатологических реакций [24]. Целью психотерапевтической помощи тяжелобольным детям является профилактика и коррекция кризисных и психопатологических реакций.

Задача психотерапии - адаптация к актуальной ситуации болезни и условиям стационара, улучшение детско-родительских отношений, профилактика социальной изоляции, формирование конструктивных стратегий совладания с ситуацией кризиса, усиление внутренних ресурсов пациентов, укрепление психологической защиты для стабилизации эмоционального состояния, психологическая коррекция переживаний, связанных с представлениями о болезни, смысле жизни, смерти, будущем у больных детей.

В конкретные задачи психотерапии входит снижение эмоционального напряжения, тревоги, растерянности, уменьшение чувства вины, оптимизация установок семьи на будущее, косвенное воздействие на больного ребенка через родителей.

В зависимости от психологического и психического состояния ребенка и родителей, в большей степени мы используем следующие **виды и методы психотерапии**:

- Рациональная, разъяснительная психотерапия (проводится у детей с 7 лет) [18].
- Логотерапия (эффективна в работе с подростками) [22].
- Когнитивно-поведенческая психотерапия в работе с родителями и подростками [20, 21].
- Позитивная психотерапия [13].
- Экзистенциальная психотерапия (с родителями, подростками) [26].

- Игровая терапия (особенно эффективна у детей дошкольного и младшего школьного возраста) [15].
- Арт-терапия [16].
- Гештальт-подход в работе с семьей с соматически больным ребенком [5, 8].
- Психологическое консультирование родителей как самостоятельный вид психологической помощи [17].
- Семейная психотерапия, в том числе аналитико-семейная психотерапия Н.В. Александровой и Э.Г. Эйдемиллера [15].
- Целенаправленная визуализация в работе с подростками [4, 14].
- Консультирование детей и родителей с помощью серийных рисунков и рассказов И.М. Никольской [11].
- Ресурсные транссы [2, 25].
- Сказкотерапия [19].
- Косвенные гипнотические воздействия (Эриксоновский подход) [2, 25].

Отсутствие у части больных эффекта психотерапии, повторные декомпенсации, наличие стойкой четкой психопатологической симптоматики указывают на необходимость применения психотропных препаратов у детей.

В нашей практике мы используем как у детей, так и у взрослых препараты с выраженным противотревожным действием — гидроксизин, адаптол. Препараты с ноотропной и противотревожной активностью - фенибут, тенотен (детский и взрослый), мексидол. Антидепрессанты с анксиолитическим (противотревожным) и снотворным эффектом – тразодон; с анксиолитическим и стимулирующим эффектом - флуоксетин.

Литература:

1. Александрова О.В. Болезнь и смерть. Беседы с психологом о стрессе. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2015. – 152 с.
2. Беккио Ж., Росси Э. Гипноз XXI века – М.: Независимая фирма «Класс», 2007. – 264 с. – (Библиотека психологии и психотерапии, вып.106).

3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Ю. Общая психопатология: Пособие для врачей. – 3-е изд., перераб. и доп. – Ростов н/Д: ЛРНЦ «Феникс», 2003. – 416 с.: ил.
4. Данилин А. Г. Таблетка от смерти. – М.: Исолог, 2014. – 320 с.
5. Джойс Ф., Силлс Ш. Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. – 352 с.
6. Захаров А.И. Неврозы у детей. – СПб.: Дельта, 1996. – 480 с.
7. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1995. – 560 с.
8. Коломиец И.Л. Модели психологической помощи семьям с соматически больным ребенком: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 40 с.
9. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983.
10. Личко А.Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. – 2-е изд., доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985. – 416 с.
11. Никольская И.М. Метод серийных рисунков и рассказов в психологической диагностике и консультировании детей и подростков: учебное пособие. – Изд. 2-е, испр. и доп. – СПб.: Речь, 2014. – 56 с.
12. Никольская И.М. Кризисная психологическая помощь в совладании с переживанием утраты близкого: учебное пособие. – СПб.; М.: Речь, 2016. – 80 с.
13. Пезешкиан Н. Позитивная семейная психотерапия: семья как психотерапевт. – М.: Март, 1996. – 336 с.
14. Портер Гэррет, Норрис Патрисия. Я выбираю жизнь (Целительная сила человеческого духа). – СПб.: ООО «Страта», 2015. – 196 с.
15. Практикум по семейной психотерапии: современные модели и методы: учебное пособие для врачей и психологов / под редакцией Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Речь, 2010. – 425 с.
16. Практикум по арттерапии / под редакцией А.И. Копытина. – СПб.: Питер, 2000. – 448 с.
17. Психологический практикум: Мастерство психологического консультирования / под ред. А. А. Бадхена, А. М. Родиной. – СПб.: Речь, 2014. – 240 с.
18. Психотерапия: учебное пособие / под редакцией В.К. Шамрая, В.И. Курпатова. – СПб.: СпецЛит, 2012. – 496 с.
19. Стишенок И.В. Из гусеница в бабочку: психологические сказки, притчи, метафоры в индивидуальной и групповой работе. – 2-е изд. – М.: Генезис, 2013. – 368 с.
20. Федоров А.П. Базовые техники когнитивной психотерапии: учебное пособие. – СПб.: ГБОУ ВПО СЗГМУ им. Н.И. Мечникова, 2014. – 36 с.
21. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. – СПб.: Питер, 2002. – 352 с.

22. Федоров А.П., Борисов И.В., Стебнев А.С. Краткосрочная логотерапия невротических депрессивных реакций и дистимий: учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 2005. – 36 с.
23. Фролов Б.С., Пашковский В.Э. Основные психопатологические синдромы: Руководство для врачей. – СПб. : СПбМАПО, 2004. – 240 с.
24. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
25. Эриксон М., Росси Э., Росси Ш. Гипнотические реальности: Наведение клинического гипноза и формы косвенного внушения / пер. с англ. М.А. Якушиной. – М.: Независимая фирма «Класс», 2012. – 352 с.
26. Ялом Ирвин Д. Экзистенциальная психотерапия / пер. с англ. Т.С. Драбкина. – М.: Римис, 2008. – 608 с.

ГЛАВА 20

ОНКОПСИХОЛОГИЯ: ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Семиглазова Т.Ю., Чулкова В.А., Вагайцева М.В., Пестерева Е.В.,
Кондратьева К.О., Караваева Т.А., Крылова О.А., Семиглазов В.В.,
Карицкий А.П., Беляев А.М.

Совершенствование методов диагностики онкологических заболеваний, использование высокотехнологичных методов их лечения, применение новых форм лекарственных препаратов создают предпосылки для увеличения продолжительности жизни больных злокачественными новообразованиями. В этой связи вопросы качества жизни онкологических пациентов становятся чрезвычайно актуальными, так как качество жизни больного в процессе лечения и после него является одним из факторов эффективности терапии [3]. В комплексном лечении в качестве необходимого компонента должна быть представлена и реабилитация онкологических больных. Определение роли каждого специалиста в процессе реабилитации конкретного пациента в зависимости от осуществляемой им профессиональной деятельности соответствует биопсихосоциальному подходу в реабилитации онкологических больных. При этом психологическая реабилитация является неотъемлемой частью реабилитации онкологического больного. Она лежит в основе и самого процесса лечения, и специализированных видов реабилитации и представляет собой, в первую очередь, восстановление душевного баланса, которое нарушено заболеванием [2].

Ситуация онкологического заболевания не проходит бесследно ни для одного пациента и, практически, ни для одной семьи, имеющей онкологического больного. Угрожающее жизни заболевание сопровождается чувством утраты контроля над ситуацией и жизнью в целом. Характерными для них являются сверхсильные и мучительные переживания, вызванные неожиданностью и фатальностью заболевания, страхом смерти, неопределенностью, крушением представлений о будущем, необходимостью подвергнуться длительному и тяжелому лечению, чувством одиночества.

Переживания больного в ситуации онкологического заболевания создают угрозу его психической травматизации, следствием которой у пациента может возникнуть та или иная форма нарушения адаптации [7].

Справиться с возникшими психологическими проблемами онкологическому больному без квалифицированной помощи и поддержки трудно, и с течением времени эти проблемы не только не разрешаются, а нередко даже усугубляются. Своевременная и адекватная психологическая помощь может улучшить качество жизни онкологического больного, и, как показывают многочисленные исследования, существенно повлиять на эффективность проводимого комбинированного противоопухолевого лечения.

Вышесказанное повысило интерес медицинского сообщества и общества в целом к психологической составляющей онкологических заболеваний. Понимание значения личности самого онкологического пациента в лечении и реабилитации способствовало развитию онкопсихологии, которая изучает психологические последствия онкологических заболеваний и, тем самым, расширяет возможности психологической реабилитации онкологических больных.

Если в прошлом веке в нашей стране психологические исследования онкологических больных и профессиональная психологическая помощь им встречались достаточно редко, то уже в начале этого века ситуация начала меняться: в штате онкологических учреждений стали появляться медицинские психологи и психотерапевты и создаваться кабинеты онкопсихологов. Как и в любом новом виде деятельности у специалистов возникают вопросы, как лучше организовать работу, как определить тех пациентов, которые более всего нуждаются в психологической помощи.

В этом отношении мы можем поделиться опытом, накопленным в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, в котором много лет проводилось психологическое консультирование онкологических больных, но оно не носило характера систематичности, и только организация психологической

службы в Институте позволила более эффективно и многопланово осуществлять этот вид помощи.

Представляет интерес проведение в 2016 году в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова исследование уровня эмоционального напряжения пациентов, находящихся на этапах диагностики и госпитализации в стационар с целью выделения групп онкологических больных, наиболее нуждающихся в психологической помощи [1]. Следующий этап исследования включал в себя прицельное изучение содержания эмоционального напряжения у «лидирующих» по этому показателю групп больных.

Следует заметить, что психологические исследования онкологических больных, проведенные ранее, указывают на то, что наиболее тяжелыми для пациента являются этапы диагностики и госпитализации в клинику [4, 7]. В это время происходит информирование его о злокачественном заболевании и необходимости подвергнуться длительному, мучительному и порой калечащему лечению. Резкое изменение в жизни человека, крушение жизненных планов, разрушение его относительно безопасной картины мира сопровождается сильными негативными переживаниями больного, вызывающими у него состояние чрезвычайного эмоционального напряжения. Как свидетельствуют исследования и наш опыт, этот период очень важен для дальнейшей психологической адаптации пациента [4, 7]. Мировой стандарт оказания психологической помощи в онкологии включает в себя психологическое сопровождение пациентов [5]. Одной из форм такого сопровождения является экстренная профессиональная психологическая помощь больному.

Основой исследования является методика самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS): на вертикальной шкале, выполненной в виде условного «градусника», пациенты самостоятельно отмечают субъективно оцениваемый ими уровень своего дистресса в связи с онкологическим заболеванием и изменениями, связанными с заболеванием. Максимальный уровень оценки равен восьми,

минимальный равен нулю [8]. В модифицированной нами методике самооценки дистресса термин «дистресс» заменен термином «переживание», который показался более соответствующим нашему подходу и исследованию. В нашем варианте больные должны оценить уровень своих переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними. Показатели от 1 до 6 баллов признаются относительно нормативными в ситуации лечения онкологического заболевания. Данные с нормативными показателями также подлежат анализу (приложение 6). Обработано всего 4113 бланков пациентов, из них 2113 бланков в консультативно-диагностическом отделении и 2000 при госпитализации в стационар. В ходе исследования сопоставляются данные между группами пациентов, разделенных по признакам: амбулаторное или стационарное лечение, различные локализации, этапы заболевания, а также демографические признаки.

Как показало проведенное исследование, и на диагностическом этапе, и на этапе госпитализации в стационар, наибольшее число пациентов, оценивающих свои переживания, связанные с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними, - это больные раком молочной железы (РМЖ). Иначе говоря, больные РМЖ более других больных нуждаются в психологической помощи.

Результаты исследования эмоционального напряжения у пациентов консультативно-диагностического отделения

Результаты анализа данных, собранных среди амбулаторных пациентов, отражают следующую тенденцию: вне нормативный уровень переживаний в связи с болезнью отмечают у себя 41% пациентов (средний возраст описываемой подгруппы 54,4 лет). При этом мужчин в данной группе 28% (57,8 лет), а женщин – 72% (53 лет).

Распределение пациентов по возрасту показало, что 18% пациентов находятся в возрасте 19-40 лет, 44% - 41-60 лет, 25% - 61-70 лет и 13% пациентов старше 71 года.

Процентное соотношение осознающих собственное эмоциональное напряжение и вытесняющих его среди мужчин - 66% (56,8 лет) и 34% (59,8 лет), среди женщин - 77% (53 лет) и 23% (52,8 лет).

Процентное соотношение амбулаторных пациентов, отмечающих на шкале самооценки уровень переживаний вне нормы, по нозологиям распределяется следующим образом: молочная железа – 22%, гинекология – 18%, урология – 16%, неуточненные диагнозы – 13%, желудочно-кишечный тракт – 11%, легкие – 7%, соединительная ткань и кожа по 5%, кости – 3%.

Результаты исследования эмоционального напряжения у пациентов, госпитализированных в стационар

Результаты анализа обработанных бланков, заполненных пациентами при поступлении в стационар, позволяют говорить о следующей, характерной также и для больных амбулаторно-диагностического отделения, тенденции: 44% пациентов при поступлении в стационар указывают на уровень переживаний вне нормы. Из них 34% больных признают высочайший уровень своих переживаний в связи с болезнью, а 10% пациентов полностью отрицают свои переживания по поводу болезни.

В группе больных с вне нормативным уровнем переживаний 24% выборки составляют мужчины и 76% - женщины. При этом, в группе мужчин высокий уровень переживаний отмечают 60% и отрицают какие-либо переживания 40% больных. Средний возраст мужчин с вне нормативным уровнем переживаний при поступлении в стационар 54,7 лет. В группе женщин высокий уровень переживаний при поступлении на лечение отмечают 82% больных и 18% пациенток отмечают нулевой показатель переживаний. Средний возраст женщин в данной группе 51,7 лет.

Анализ распределения данных по отделениям стационара показал, что из тех пациентов, которые отмечают вне нормативный уровень переживаний, 21% поступает на отделение опухолей молочной железы, 16% - на отделение гинекологии, 10% – на отделение опухолей головы и шеи, 9% - на радиологическое отделение, по 8% – на отделения химиотерапии,

торакальной хирургии и урологии, 7% – на отделение абдоминальной хирургии, 6% – на отделение высокодозной химиотерапии и 5% пациентов испытывают вне нормативный уровень переживаний при поступлении в стационар отделения общей онкологии.

Данные исследования уровня переживаний пациентов дневного стационара и родителей пациентов детского отделения с вышеуказанными данными не сопоставлялись.

Таким образом, результаты исследования эмоционального напряжения у пациентов амбулатории и стационара выявили общую тенденцию: для более 40% онкологических пациентов, обратившихся за медицинской помощью в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, характерен вне нормы уровень переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними. При этом мужчины реже женщин признают высокий уровень напряжения и чаще слабо дифференцируют свое эмоциональное состояние, либо вытесняют его. Такие данные соответствуют данным мировых исследований в психологии.

Обращает на себя внимание возрастное соотношение пациентов. Большинство из них находятся в продуктивном возрасте, подразумевающем активное взаимодействие в семье и на работе. Принято считать, что эмоциональное напряжение является существенным фактором индукции в межличностном общении. Иными словами, эмоциональное напряжение пациента оказывает существенное влияние на его ближайшее окружение и может способствовать мифологизации рака, снижать эффективность профилактических мероприятий в области онкологии.

Проведенное исследование уровня эмоционального напряжения пациентов позволяет плодотворно решать три задачи в работе психологической службы НИИ онкологии имени Н.Н. Петрова – изучить общую ситуацию эмоционального напряжения онкологических пациентов, оказать экстренную психологическую помощь тем пациентам, которые в ней

остро нуждаются, а также упрочить профессиональную взаимосвязь врача-онколога и медицинского психолога.

Наблюдения показывают, что экстренная психологическая помощь на отделениях позволяет в достаточной степени снизить эмоциональное напряжение пациентов.

Форма работы в режиме экстренной помощи подразумевает первичную диагностическую клинико-психологическую беседу с пациентом в стационаре и при необходимости направление пациента на прием к медицинскому психологу в госпитальный период, либо направление пациента на прием к врачу-психотерапевту. Часть пациентов, в первичной беседе отмечает спонтанное снижение эмоционального напряжения в процессе принятия активного лечения после беседы с лечащим врачом.

Следует учитывать, что большинство пациентов Института составляют приезжие из других регионов. Для жителей Санкт-Петербурга предусмотрена возможность амбулаторного пролонгированного психологического сопровождения, тогда как для иногородних пациентов краткосрочное психологическое сопровождение в Институте становится уникальным шансом получения подобной помощи, так как по месту жительства они не имеют возможности получить психологическую помощь.

Плановое психологическое сопровождение пациента может проходить индивидуально или в группе. В основном группа психологической помощи носит открытый характер, что обусловлено особенностями периода активного лечения.

Вместе с тем, существует и определенное противоречие между необходимостью получить профессиональную психологическую помощь и реальной готовностью обратиться за этой помощью. Это противоречие вполне закономерно и отражает существующие в настоящее время установки и мифы в нашем обществе относительно профессиональной психологической помощи, которые необходимо терпеливо преодолевать.

Онкопсихология как направление клинической/медицинской психологии в своем содержательном аспекте соприкасается с социальной, возрастной, семейной и другими видами психологических дисциплин, безусловно присутствующих в кризисной и экстремальной ситуациях онкологического заболевания.

Это обстоятельство необходимо учитывать как при планировании научных исследований в области онкопсихологии, так и при оказании профессиональной психологической помощи онкологическим пациентам. И это же обстоятельство повышает требования к подготовке специалистов-онкопсихологов. Нередко онкопсихологами становятся психологи, не прошедшие подготовку по клинической психологии и онкопсихологии, что создает немало трудностей для них самих и может сказываться на эффективности их работы.

В настоящее время смысл и дальнейшее развитие онкопсихологии видится в создании системы, включающей три элемента, которые взаимосвязаны и организационно скоординированы [6]: научные исследования в области онкопсихологии; профессиональное обучение клинических/медицинских психологов, врачей-онкологов и медсестер; профессиональная психологическая помощь пациентам и их родственникам. Приоритетным в этой системе является элемент профессиональной психологической помощи пациентам и их родственникам, который основывается на первых двух элементах, а научные исследования в области онкопсихологии служат базовыми как для профессионального обучения клинических/медицинских психологов, врачей-онкологов и медсестер, так и для психологической помощи пациентам и их родственникам.

Литература:

1. Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Семиглазова Т.Ю., Карицкий А.П. Скрининговое исследование уровня психоэмоционального напряжения онкологических больных в ФБГУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова»

- МЗ РФ // Злокачественные опухоли. – 2016. - № 4, спецвыпуск 1.- С. 271-272.
- 2.Карицкий А.П., Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Семиглазова Т.Ю. Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни // Вопросы онкологии. -2015. – Т.61, № 2. - С. 180-184.
 - 3.Семиглазова Т.Ю., Семиглазов В.В., Филатова Л.В. и др. Качество жизни – важный критерий эффективности таргетной терапии метастатического поражения скелета при раке молочной железы // Опухоли женской репродуктивной системы. 2013; 1–2: 17–22.
 - 4.Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных //Злокачественные опухоли. – 2016. - № 4, спецвыпуск 1. - С. 54-58.
 - 5.Холланд Дж., М. Ватсон М. Новый международный стандарт качества ухода за пациентами с онкологическими заболеваниями Международного общества психо-онкологии (IPOS): интеграция психосоциального аспекта в ежедневный уход // Материалы Международной школы психо-социальной онкологии «Психо-социальный подход в клинической онкологии: от науки к практике». Москва, 8 - 10 апреля 2013 г., Москва. – 2013. - С. 8 – 14).
 - 6.Чулкова В.А. О месте онкопсихологии в структуре психологических наук // Сб. тез. «IV Всероссийский съезд онкопсихологов», 23-24 августа 2012, Москва. С. 8-10.
 - 7.Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Заболевание с витальной угрозой: и экстремальная ситуация, и психологический кризис // Учебник «Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия» под ред. д. психол. н. Н.С. Хрусталевой - Глава 5. – СПб.: Из-во СПбГУ.-2014. – С. 223 - 271.
 - 8.<http://www.ipos-society.org/>

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В заключение хочется еще раз подчеркнуть, что онкопсихология – это новое направление клинической/медицинской психологии, развивающееся на основе научных психологических исследований в области онкологии, задачей которого является психологическая помощь онкологическим пациентам.

Как отмечалось, постановка диагноза онкологического заболевания разрушает безопасное существование человека: возникает реальная угроза жизни. Теперь вся его жизнь делится на до и после болезни. При этом жизнь после болезни не гарантирована и возможна только в результате длительного, агрессивного и нередко калечащего лечения. К этому стоит еще добавить, что в ситуации онкологического заболевания больной не может контролировать саму болезнь, а причины, ее вызвавшие, представляются ему не только непонятными, но и отражают страхи, имеющиеся в обществе перед этой коварной болезнью. Как правило, меняется социальный статус пациента и снижается его материальное благосостояние. В этой связи заболевание раком сопровождается чрезвычайным эмоциональным напряжением, свидетельствующим о тяжелых и мучительных переживаниях больного.

Все вышеуказанное свидетельствует о том, что онкологическое заболевание несет в себе угрозу психической травматизации и самого пациента, и членов его семьи. При травме информация извне - в данном случае диагноз онкологического заболевания - оценивается личностью как непереносимая для существования. Следствием психической травмы являются различные виды дезадаптации пациента, выражающиеся в невозможности принять злокачественный характер заболевания и приспособиться к заболеванию (даже несмотря на успешное лечение) и в усилении невротической и психосоматической симптоматики. Крайняя степень дезадаптации больного проявляется в возникновении посттравматических стрессовых расстройств и суициде больного.

Таким образом, следует констатировать, что онкологический пациент, а нередко и члены его семьи, нуждаются в психологической помощи, реализация которой возможна в рамках психологической реабилитации.

Психологическая реабилитация онкологического больного является неотъемлемой частью общей реабилитации: она присутствует и в процессе самого лечения, и в специализированных видах реабилитации и представляет собой, в первую очередь, постепенное восстановление душевного баланса, которое нарушено заболеванием. При этом, следует заметить, что психологическая реабилитация онкологических пациентов основывается в большой степени на онкопсихологии.

В данном руководстве содержится многолетний опыт работы с онкологическими пациентами - психологические исследования, психологическое консультирование, психотерапия - сотрудников НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

В начале руководства сообщается информация о различных аспектах такого многомерного понятия как качество жизни, которое, наряду с продолжительностью жизни пациентов, является важным критерием лечения и реабилитации онкологического больного. При выборе методов лечения конкретного больного и одновременной постановке ему реабилитационного диагноза необходимо руководствоваться также и оценкой качества жизни этого пациента.

В руководстве содержатся сведения об истории развития психоонкологии в мире и как на этом фоне происходило развитие и становление психоонкологии и онкопсихологии в НИИ онкологии Н.Н. Петрова, начиная с 70-х годов прошлого века и до настоящего времени. Стоит подчеркнуть, что первые психологические исследования в области онкологии в нашей стране появились именно в этом институте, также как и первые психологические консультации онкологических больных и их родственников профессиональными медицинскими психологами и психотерапевтом.

В течение последних лет в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова совместно с кафедрой психологии кризисных и экстремальных ситуаций Санкт-Петербургского государственного университета разрабатывался концептуальный подход к онкологическим заболеваниям, согласно которому ситуация заболевания раком является для пациента кризисной или экстремальной. Именно это обстоятельство свидетельствует об угрожающей пациенту психической травме. В руководстве подробно рассматриваются теоретические вопросы онкопсихологии, которые являются основополагающими как для проведения психологических исследований в онкологии, так и для понимания сути психологической помощи больным.

Огромную сложность для врача-онколога представляет собой профессиональное психологически грамотное взаимодействие с больными, так как в медицинских вузах психологическому обучению врачей практически не уделяется внимания. Нередко во взаимодействии с больными врачи опираются на свой личный опыт, который не всегда соответствует профессиональным требованиям. В руководстве сообщаются сведения о том, что необходимо знать и уметь врачу, чтобы эффективно взаимодействовать с онкологическими больными. Психологически грамотные, профессионально адекватные отношения врача-онколога с больными не только отвечают потребностям пациентов в эмоциональной поддержке врача и информировании, но и для самого врача являются профилактикой его эмоционального выгорания, которое присутствует в работе врача-онколога. В руководстве представлены результаты исследования эмоционального выгорания врачей-онкологов и медицинских сестер, работающих на различных отделениях онкологической клиники.

Большая глава руководства содержит результаты собственных, проводимых в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова в разные годы, психологических исследований различных групп онкологических пациентов: выявлены личностные особенности больных с разными локализациями

злокачественных опухолей, их отношение к болезни и способы адаптации к ситуации заболевания.

В настоящее время явления комплаенса и приверженности больных к лечению, которые могут влиять на его результат, являются актуальными для многих хронических заболеваний. Этому вопросу в руководстве посвящена глава, содержащая сведения об отношении онкологических больных к лечению. Представлено психологическое исследование, в котором рассматриваются компоненты, составляющие основу важного и нового для больного вида деятельности — отношения к лечению.

Еще одна большая глава посвящена различным сторонам профессиональной, осуществляемой клиническими/медицинскими психологами, помощи онкологическим пациентам. В ней сообщается информация об основных методах профессиональной психологической помощи, описывается модель психологической помощи онкологическим больным и рассматривается психологическая помощь больным на различных этапах заболевания и лечения.

Одной из многих проблем в онкологии является боль, сопровождающая процесс заболевания и лечения пациента. Различным аспектам боли посвящена глава в руководстве. В ней содержится описание сложных физических и психологических взаимосвязей, присутствующих в этом феномене, дается определение тотальной боли и подробно рассматривается каждый ее компонент, приводятся психологические способы коррекции боли, указываются возможности и ограничения их применения.

В главе о психологической помощи в паллиативной медицине сообщается информация об истории развития паллиативной медицины и хосписов в разных странах и в России, о принципах оказания психологической помощи в паллиативной медицине и о работе клинического/медицинского психолога в хосписе с incurable больными и медицинским персоналом.

Содержание руководства условно можно разделить на две части. В первой части, представленной выше, анализируется ситуация онкологического заболевания с позиции медицинской психологии. В фокусе внимания клинического/медицинского психолога находится личность заболевшего человека, и он строит свою работу с пациентом, апеллируя не к болезненным проявлениям, а к возможностям больного адаптироваться к ситуации заболевания.

Наряду с этим - и это относится условно ко второй части - в руководстве рассматривается подход врача-психотерапевта, обращающего внимание на психические расстройства, вызываемые болезнью. Вопросы распространенности и диагностики пограничных психических расстройств у пациентов с онкологическими заболеваниями и развивающихся у них стрессовых, адаптационных расстройств и посттравматического стрессового расстройства, а также расстройства невротического уровня и непсихотических аффективных расстройств подробно обсуждаются в нескольких главах руководства. Рассматриваются принципы и алгоритмы купирования пограничных психических расстройств у больных раком с помощью психофармакотерапии.

Нередко у онкологических больных наблюдается нарушение сна. В руководстве содержатся материалы когнитивно-поведенческой терапии этих нарушений.

Неоднократно упоминалось, что родственники онкологических пациентов также нуждаются в психологической помощи. Особенности эмоционального состояния родственников онкологических больных и основным направлениям психокоррекционной работы с ними посвящена одна из глав руководства.

В главе, посвященной ребенку, страдающему онкологическим заболеванием, подробно, с примерами из практики, представлены психологические особенности больных детей, описаны методы работы с ними клинического/медицинского психолога и врача-психотерапевта.

В заключительной главе руководства содержатся сведения о перспективах развития онкопсихологии в настоящее время, как это видят авторы пособия и как это происходит в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова.

В течение последнего года - после выхода предыдущего руководства - в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова активно происходит становление реабилитации онкологических больных. Наряду с психологической реабилитацией, которой всегда уделялось внимание, в настоящее время в реабилитационных мероприятиях участвуют врачи-реабилитологи и специалисты по лечебной физкультуре. Создание команды специалистов, занимающихся реабилитацией, может свидетельствовать о междисциплинарном подходе в реабилитации онкологических пациентов.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ

Адаптация – процесс, позволяющий устанавливать оптимальные отношения с окружающей средой и, вместе с тем, удовлетворять актуальные потребности личности, не нарушая адекватного соответствия между психическими и физиологическими характеристиками.

Архетип - универсальные базовые врождённые психические структуры, составляющие содержание коллективного бессознательного, распознаваемые в нашем опыте и являемые, как правило, в образах и мотивах сновидений.

Аутентичность (от греч. αὐθεντικός - подлинность) – относится к правильности начал, свойств, взглядов, чувств, намерений; искренности, преданности.

Аффект (лат. affectus — страсть, душевное волнение) — эмоциональный процесс взрывного характера, характеризующийся кратковременностью и высокой интенсивностью, сопровождающийся резко выраженными двигательными проявлениями и изменениями в работе внутренних органов

Витальная тоска – болезненное состояние, проявляющееся сниженным настроением, ощущением душевной боли у пациентов с депрессиями, которая воспринимается как идентичная физической и локализуется чаще всего в области груди и сердца

Дезадаптация - психическое состояние, возникающее в результате несоответствия социопсихологического или психофизиологического статуса требованиям новой социальной ситуации.

Диссомнические нарушения – различные нарушения сна, характеризующиеся изменением его продолжительности, глубины, качества, нарушением ритма пробуждения и засыпания, преимущественно проявляющиеся бессонницей или гиперсомнией, как преобладающим симптомом

Идентификация (от лат. identifico — отождествлять) — это уподобление человека другому индивиду, группе или выдуманному персонажу.

Конгруэнтность (англ. congruence) — 1) способность человека к безоценочному принятию, осознанию своих реальных ощущений, переживаний и проблем; 2) это соответствие ваших мыслей, слов и действий друг другу.

Мутизм (от лат. mutus - немой) - специфическая немота, которую характеризуют как демонстрируемую неспособность к экспрессивной речи при сохранности речевого аппарата. Наблюдается при психических заболеваниях.

Рекуррентное (периодическое) течение — вариант течения болезни, при котором после клинически очерченных приступов наступают ремиссии хорошего качества, с полным исчезновением симптоматики или незначительными субклиническими нестойкими проявлениями

Реминисценция - смутное воспоминание, во время которого происходит воспроизведение в памяти пережитых событий и возможное нарушение при этом их временных соотношений

Стигматизация (от греч. στίγμα — «ярлык, клеймо») — клеймение, нанесение стигмы. В отличие от слова клеймение, слово **стигматизация** может обозначать навешивание социальных ярлыков.

Фрустрация (от лат. frustratio — обман, тщетное ожидание) — негативное психическое состояние, возникающее в ситуации реальной или предполагаемой невозможности удовлетворения тех или иных потребностей, или, проще говоря, в ситуации несоответствия желаний имеющимся возможностям; это состояние проявляется в переживаниях разочарования, тревоги, раздражительности, наконец, отчаянии.

Экзистенция — (от лат. exsistentia) существование в его простой фактичности; способ бытия человеческой личности; экзистенциальный - относящийся к существованию, ссылающийся на него.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ В РАБОТЕ ВРАЧА-ОНКОЛОГА

Чулкова В.А., Пестерева Е.В., Демин Е.В., Рогачев М.В. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом /Учебное пособие для врачей-онкологов - СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. - 2015. - 40 с.

Профессия врача включает в себя коммуникативную деятельность. Однако в процессе обучения в медицинском вузе в течении всех 6 лет студентов учат диагностировать и лечить болезнь, и при этом нет ни одного часа на обучение и развитие их коммуникативных навыков.

Так, в нашем исследовании студентов СПбГПМУ только на 6-ом курсе всего 36,4% студентов указывают, что врачу необходимо иметь коммуникативные навыки взаимодействия с пациентом: «врач должен еще и разговаривать с больным», «пациент не будет выполнять рекомендации, если его грамотно не информировать».

В отличие от студентов, практикующие врачи значительно чаще признают необходимость взаимодействия и диалога с пациентом – 97,1% врачей-онкологов. Применение врачом профессиональных коммуникативных навыков влияет на удовлетворенность пациентов качеством оказания им медицинской помощи: больные в более полной мере осознают имеющиеся проблемы, понимают необходимость и смысл диагностических и лечебных мероприятий, в результате чего они в большей мере привержены терапии и принимают более осознанное и активное участие в лечении заболевания. Наряду с этим, использование профессиональных коммуникативных навыков способствует повышению качества жизни самого врача: повышает его стрессоустойчивость и профессиональное самоуважение.

Отсутствие у врача профессиональных коммуникативных навыков может приводить к «компенсаторному» поведению в виде отрицания

необходимости психологически грамотного общения с пациентами, тенденции к пассивному игнорированию социально-психологических потребностей больных, а также к стремлению реализации собственных авторитарных установок.

Таким образом, врачу необходимо владеть определенными профессиональными навыками, среди которых мы выделяем, прежде всего, следующие: присутствие, эмпатию, разделение чувств, активное слушание, обозначение временных и пространственных границ.

Присутствие

Пожалуй, никто не будет отрицать, что для того, чтобы взаимодействовать с пациентом, необходим контакт с ним. Важнейшим условием контакта является присутствие, которое включает не только физическое присутствие (рядом, в одном помещении), но и психологическое - которое подразумевает включенность в ситуацию пациента в настоящий момент.

Нередко можно наблюдать, как врач, предлагая больному рассказать о заболевании, его симптомах и самочувствии, как бы слушает пациента и одновременно может заполнять медицинскую карту предыдущего больного, что не способствует контакту врача с больным. Данный пример иллюстрирует психологическое отсутствие (не присутствие) врача в ситуации взаимодействия с пациентом, хотя физически он находится рядом с ним. Как правило, врачи для себя и для других объясняют такое поведение недостатком времени, выделяемом на конкретного человека. Это правда. Действительно, на наш взгляд, слишком мало, согласно медицинским стандартам, принятым в нашей стране, отводится времени на общение врача с пациентом. Это с одной стороны, а с другой – качество общения в ситуациях лимита времени имеет еще большее значение: в короткое время, которое врач все-таки уделяет больному, он должен быть психологически полностью сосредоточен на конкретном пациенте, не отвлекаясь ни на какие

внешние (звонки, обращение коллег по другим вопросам и др.) и внутренние (мысли о незавершенных личных проблемах) факторы.

Эмпатия

По роду своей профессиональной деятельности перед врачом стоит психологическая задача – выстроить взаимоотношения со страдающей личностью. Врачу необходимо стремиться к психологическому пониманию больного. Это становится возможным при наличии у него эмпатии (от греч. *empathēia* – сопереживание). Эмпатию можно определить как способность «поставить себя на место другого человека». Считается, что каждый человек в той или иной мере обладает эмпатией, даже если она очень слабо выражена. Также установлено, что эмпатическая способность человека в течение его жизни может развиваться.

В отличие от симпатии и антипатии, которые являются оценочными суждениями по отношению к другому человеку (нравится - не нравится), эмпатия – это безоценочное суждение: врач видит, понимает эмоции и реакции больного в ситуации заболевания, но не оценивает, хороши они или плохи, нравятся ему или нет. Эмпатия позволяют врачу не только лучше понять больного человека, его мысли, чувства, желания, но и показать ему то, что врач его понимает и сочувствует ему. Эмпатия позволяет врачу видеть и понимать не только внешне проявляемое поведения пациента, но и его внутреннее состояние, которое явно не проявляется.

Существует два вида внешнего поведения человека: невербальное и вербальное:

- **Невербальное поведение** включает в себя позу, жесты, мимику, взгляд, кивки головой и т.д., то есть «язык» тела. Необходимо учитывать, что невербальное поведение менее осознаваемо, поэтому оно более правдиво: 70 % информации о состоянии человека мы извлекаем из его невербального поведения. Так, врач, в процессе беседы, наблюдая за пациентом, может получить информацию о его состоянии. Следует подчеркнуть, что взаимодействие всегда двухстороннее: больной также

может «считывать» информацию по невербальным реакциям врача. Отведенный в сторону взгляд, мрачные интонации в голосе, которые могут быть обусловлены усталостью, последствием разговора с другим пациентом, личными проблемами врача, могут нарушить контакт с больным. Онкологические больные очень чуткие к невербальному поведению врача: грустный взгляд, удивленные глаза при осмотре пациента или выразительный взгляд в сторону коллег или родственников - все это воспринимается нередко больными как «приговор».

- **Вербальное поведение** подразумевает словесное общение: вопросы, ответы, то есть разговор, беседа, в которых могут использоваться навыки активного слушания.

Внешнее поведение – это то, что можно наблюдать. Однако внешнее поведение не всегда соответствует внутреннему состоянию человека, его чувствам, мыслям, намерениям.

Например, больной может не выразить словами свои страхи и тревоги по поводу того, что увидел, наблюдая за поведением врача, но он проинтерпретировал (внутри себя) увиденное как устрашающую для себя информацию. При этом, естественно, его страх и тревога увеличились.

Также, *не все вопросы, которые задает больной, следует воспринимать врачу однозначно, иногда пациент их «кодирует»*. Так, задавая вопрос: «Сколько мне осталось жить?» - больной ожидает услышать не конкретные сроки своей жизни, а то, что он имеет шансы выздороветь.

Иногда можно услышать: «Доктор, у меня воспаление легких, я обязательно поправлюсь». При этом можно увидеть, как глаза больного «говорят»: «Я все знаю, у меня нет шансов поправиться, я устал, мне ничего не хочется».

Или пациент говорит врачу и своим близким: «Спасибо, у меня все нормально», оставаясь при этом один на один со своими мучительными переживаниями. Врачу важно слышать, что стоит за невербальными и вербальными сообщениями больного. Именно наличие эмпатии у врача

позволяет ему строить адекватные отношения с пациентом и оказывать ему психологическую поддержку.

Разделение чувств

Врач-онколог находится в одной ситуации с пациентом, которая наполнена сверхсильными переживаниями больного, и он непроизвольно вовлекается в эти переживания. Эмпатически понимая чувства пациента и выражая ему сочувствие, врачу также необходимо осознавать свои чувства и переживания, возникающие в процессе взаимодействия с пациентом, особенно, если это онкологический больной.

Врачу важно не только осознавать свои чувства, но и уметь их конструктивно выражать. Нередко возникает ситуация, когда врач в разговоре с больным, испытывая эмоциональное напряжение, вызванное различными внешними и внутренними причинами, не может сдержать это напряжение и выражает его неконструктивно.

Например, повышает голос на больного, резко прекращает разговор или показывает неуместность чувств, мыслей и вопросов больного и т.п. После этого, как правило, у врача возникает не всегда осознаваемое чувство вины, которое он пытается рационализировать (объяснить свою несдержанность приемлемым для себя образом): «Врач ведь тоже человек». Конечно же, врач как человек имеет самые разнообразные чувства, и они сопровождают его профессиональную деятельность. Проблема состоит не в том, что врач не имеет право иметь чувства, а в том, что он должен уметь их конструктивно выражать при взаимодействии с больным.

Общаясь с онкологическим больным, врачу важно уметь отделять свои чувства от чувств пациента. Так, чувство, которое врач осознает в себе (например, чувство вины) – это его собственное чувство или это переживание чувства вины больным? Конечно, процесс разделения чувств непростой и необходимо иметь определенные навыки и опыт.

Разделению чувств предшествует их осознание и понимание. Осознание чувств напрямую связано со способностью человека к рефлексии

(от лат. reflexio — обращение назад, отражение). Следует отметить, что у людей по-разному представлена способность к рефлексии. Есть люди, склонные проживать жизнь рефлексивно, осознавая свои мысли, чувства и соприкасаясь с душевной болью, которая сопровождает человеческую жизнь. Другая категория людей имеет сильную бессознательную психологическую защиту, предохраняющую их от осознания психотравмирующих обстоятельств жизни и связанных с ними душевных страданий.

Обучение в медицинском вузе (все гуманитарные дисциплины, важность которых, к сожалению, недостаточно осознается студентами младших курсов) направлено на развитие способности будущего врача рефлексировать свое бытие, в том числе и в профессиональном пространстве. Дальнейшее профессиональное самоопределение врача требует от него развития этой способности (рефлексии).

Осознание и понимание врачом своего бытия, своих переживаний и своих чувств позволяет ему не идентифицироваться с чувствами пациента, а разделять свои чувства и чувства пациента, что является условием эффективной психологической поддержки больного.

Активное слушание

Активное слушание заключается в оказании пациенту поддержки в разговоре для того, чтобы активировать его речь, помочь ему выразить и осознать свои чувства, признать их естественность и нормальность в ситуации заболевания.

Активное слушание является инструментом, который позволяет врачу вести беседу с пациентом в необходимом как для него, так и для больного направлении, в результате чего она становится более конструктивной и быстрее достигается цель беседы, а время, затраченное на нее, сокращается. В процессе активного слушания проявляется эмпатия врача.

Активное слушание состоит в умении врача кратко суммировать (перефразировать) сказанное пациентом, уточнить правильность своего понимания сути происходящего с больным. При этом врач задает больному

вопросы не только закрытые, требующие ответа «да» или «нет», но и открытые, которые позволяют пациенту говорить о существующих страхах и тревогах. В настоящее время навыки и техники активного слушания широко применяются во многих областях профессиональной деятельности, в которых происходит взаимодействие между людьми.

Пространственные и временные границы

Осмотр врачом больного и беседа с ним всегда происходит в каком-то помещении, поэтому врачу важно учитывать соответствие выбранного места целям беседы.

Необходимо учитывать соблюдение интимности: не все разговоры с врачом больной хочет вести в присутствии других людей, даже близких ему, особенно это касается онкологических пациентов. В свою очередь, обозначенное пространство для взаимодействия с больным позволяет врачу быть более включенным в это взаимодействие. Пренебрежение врачом организацией места нередко приводит к ненормированным и неформальным разговорам с больным, вследствие которых врач может стать объектом манипуляции со стороны больного.

Практикующие врачи жалуются на нехватку времени для бесед с больным. За этим может стоять опасение врача быть втянутым в длительный, неструктурированный разговор с больным, что часто и бывает. При этом врач испытывает естественное раздражение, так как у него нарушается распорядок рабочего дня: в данный момент у него нет времени, и он не готов беседовать на волнующую больного тему. Обозначение временных границ взаимодействия с пациентом может помочь врачу справиться с этой проблемой. Здесь уместны реальная оценка и озвучивание врачом своих временных возможностей: «У меня есть сейчас 5 минут. Вас устроит это время?». И порой сам больной отказывается обсуждать то, что его волнует, в быстром темпе. Больной понимает, что беспокоящий его вопрос невозможно обсудить в течение короткого времени, кроме того, он начинает осознавать, что врач, отказываясь от обсуждения волнующего пациента вопроса наскоро,

проявляет к нему и его проблеме уважение. Дальнейшим шагом в этом диалоге будет договоренность об удобном для того и для другого времени беседы.

Еще одной распространенной проблемой, встречающейся во взаимодействии врача с пациентом, является трудность завершения разговора с больным, даже если он происходит в отведенное для этого время. При этом у врача может возрасти напряжение и, как следствие, раздражение, на фоне которого включенность его в ситуацию больного снижается.

В данном случае врач сталкивается с проблемой неумения отказать другому человеку, особенно если это тяжело больной человек, и сказать ему «нет». В основе трудностей врача лежат некоторые его психологические проблемы. Это может свидетельствовать о личностной неуверенности врача. Подчеркиваем, что речь идет не о его профессиональной неуверенности, а именно о личностной, которая проявляется в профессиональном взаимодействии. Это, может быть, также связано с проблемой установления своих личных границ. Человек сам определяет, до какой степени другой может внедряться в его личное пространство, не нарушая при этом его личных границ, в том числе временных. Эти процессы, как правило, человеком не осознаются, но болезненно переживаются в виде ощущений, что его «используют».

Развитие рефлексии позволяет врачу осознавать особенности такого взаимодействия и управлять им.

В настоящее время является актуальным феномен поведения человека в обществе, называемый ассертивностью (англ. assertiveness). В Большом энциклопедическом словаре Б. Мещерякова и В. Зинченко ассертивность определяется как «способность человека уверенно и с достоинством отстаивать свои права, не попирая при этом прав других». На наш взгляд, развитие врачом своей ассертивности, проявляемой в поведении, позволяет

ему более успешно взаимодействовать с другими людьми, в том числе с больными, и сохранять собственное душевное здоровье.

Недостаточно знать о необходимости использования коммуникативных навыков, а также быть информированным о том, какие это навыки и как они применяются. Это так же, как невозможно стать хирургом, изучая только книги по хирургии. Коммуникативные навыки формируются только в процессе психологических тренингов. На наш взгляд, в обучении студентов-медиков необходимо использовать такую форму их профессиональной подготовки как психологические тренинги, позволяющие им в дальнейшем избегать психологических трудностей, которые неизбежно присутствуют в работе врача.

ОСОБЕННОСТИ ИНФОРМИРОВАНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Чулкова В.А. Информирование онкологического больного / Учебное пособие. - СПб.: «Ладоба». - Издание 2-е, дополненное. – 2013. – 68 с.

При информировании больного необходимо учитывать его индивидуальные особенности. Это возраст больного, его пол, социальный статус, семейное положение, локализация опухоли и предстоящее лечение, особенности личности больного, на которые указывалось выше. Необходимо соблюдать принцип компетентности: говорить с каждым пациентом на понятном ему языке так, чтобы он был компетентен понять, о чем идет речь. Как показывает опыт, для врача это тоже представляет трудность, так как он привык говорить языком медицинских терминов.

Следует осознавать, что разговор врача с больным всегда имеет огромное значение для последнего, ведь он касается важных вопросов его жизни, поэтому необходимо позаботиться о специальном месте и времени разговора с больным. Место для этого должно быть там, где никто бы не мог помешать беседе, необходимо, чтобы соблюдалась интимность разговора. Время для беседы выбирается таким образом, чтобы было удобно и пациенту, и врачу. Если врач не имеет много времени, то он должен предупредить об этом больного в начале беседы, чтобы потом резко не прерывать ее.

Сообщение о неприятном доставляет страдания как пациенту, так и врачу. Необходимо быть готовым к сильным эмоциональным реакциям со стороны пациента (злость, слезы) и понимать, что эти чувства адекватны ситуации заболевания. Понимание любых реакций пациента, предоставление ему возможности выразить свои чувства, проявление к нему сочувствия и сострадания являются сутью эмоциональной поддержки больного. Также важно осознавать и свои чувства в этой ситуации, они могут быть похожими

на чувства пациента. Пережитое страдание является основой для реального отношения к заболеванию у больного.

Информации о заболевании должно быть ровно столько, сколько ее может принять больной. Необходимо обращать внимание на вербальные и невербальные сигналы больного о том, что он уже получил достаточно информации.

Врач постепенно подводит больного к постижению им серьезной перемены в своем состоянии - перехода от здоровья к тяжелой болезни. При этом, как замечают Р.Дж. Твайкросс и Д.Р.Фрамpton [1], в беседе с больным необходимо придерживаться двух параллельных принципов: никогда не обманывать пациента и избегать бездумной откровенности. Иначе говоря, не следует дезинформировать больного, создавая у него ложное впечатление, что все будет хорошо, так как рак представляет действительную угрозу. Но вместе с тем, не следует вдаваться и в излишние подробности болезни и лечения, они могут лишь усугубить и без того тяжелое состояние пациента.

При этом врач должен учитывать, что многие больные хотят получить более полные и детальные сведения о своем заболевании. Они пользуются специальной литературой, интернетом, критически оценивают все, что им сообщают лечащие врачи (см. выше о локусе контроля).

В данном случае уместно выяснить, что больной уже знает о болезни, а также что он хочет знать. Рекомендуются перед тем, как сообщить больному неприятную информацию, дать «предупредительный сигнал».

Врач в откровенном разговоре с больным о подтвержденном диагнозе злокачественной опухоли не должен говорить о прогнозе заболевания, приравнивать рак к неминуемой смерти и т.п.

Врач должен способствовать тому, чтобы у пациента появилась надежда на новое лекарство, передовую методику лечения и последние научные открытия. Надежда является для больного внутренним ресурсом для существования в невыносимой ситуации болезни. Однако надежда должна

быть реальной. Самое основное в реальной надежде это то, что больной никогда не останется без медицинской помощи.

Врач предоставляет больному адекватную информацию не только о диагнозе, но и обсуждает с больным план лечения, информирует его о целях проводимых исследований и процедур, и тем самым создает у больного ощущение, что и сам больной активно участвует в лечении. Все это способствует осознанию онкологическим больным своих мотивов выздоровления, формированию его ответственного отношения к лечению и к своей жизни и дает ему почувствовать свою психологическую силу и свое значение в решении жизненно важных для него проблем.

Подобное отношение успокаивает и членов семьи больного, которые нередко оказываются в такие моменты совершенно беспомощными. Семью пациента поддерживает сама мысль о том, что для больного будет сделано все возможное, и даже если врач не сможет спасти жизнь пациента, то, во всяком случае, уменьшит его мучения.

Литература:

1. Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д.Р. Введение в паллиативную медицину // Собелл Пабликейшн, Черчилль Госпиталь Оксфорд ОХ37. – Великобритания.- 1992. – 35 с.

КЛИНИЧЕСКАЯ БЕСЕДА

Клиническая беседа проводится в форме неформализованного интервью или полуструктурированной беседы. В зависимости от задач исследования определяется круг вопросов, подлежащих обсуждению, но при этом продолжительность и содержание беседы заранее не регламентируются, что создает возможность свободного изложения больным своих проблем.

Социально-демографические характеристики

1. **Пол**
2. **Возраст**
3. **Образование**
4. **Трудовая деятельность**
5. **Семейный статус:**
 - женат/замужем;
 - гражданский брак;
 - холост/не замужем;
 - разведен/а;
 - вдовец/вдова
6. **Наличие детей:**
 - есть;
 - нет

Клинические характеристики

7. **Диагноз заболевания**
8. **Стадия заболевания**
9. **Клинические этапы течение болезни:**
 - госпитализация;
 - перед операцией;
 - после операции;
 - первичное лечение;
 - лечение рецидива
10. **Какое лечение вы сейчас проходите:**
 - готовлюсь к операции;
 - после операции, предстоит дальнейшее лечение;
 - прохожу химиотерапию;
 - прохожу лучевую терапию;
 - прохожу химио-лучевую терапию;

- прохожу другое (какое?) лечение

11. Длительность заболевания (мес.)

Клинико-психологические характеристики

Отношение к диагнозу

12. Характер эмоциональной реакции на обнаружение заболевания (рецидива):

- страх, шок;
- беспокойство;
- агитация;
- спокойствие

13. Информация о перспективах заболевания:

- положительная информация;
- негативная информация;
- положительная и негативная информация;
- не имеют информации

14. Основной источник информации о заболевании для вас:

- врач;
- телевидение, радио;
- интернет;
- медицинская литература;
- родные и знакомые;
- другой

15. Признание злокачественного характера заболевания

- отрицание;
- частичное признание;
- признание

Отношение к лечению

16. Какие виды лечения онкологических заболеваний вы знаете и какие из них вам представляется наиболее страшными, опасными?

17. От чего (кого) в большей степени зависит успех лечения:

- от формы и стадии заболевания;
- от финансовых возможностей;
- от самого человека, его воли к жизни;
- от врача (профессиональных и человеческих качеств);
- от Бога (судьбы, удачи);
- другое

18. Какова была ваша реакция при назначении лечения?

19. Отношение к лечебным процедурам сейчас:

- страх беспомощности;
- страх боли;

- страх изменения внешности;
 - осложнений;
 - главное, что лечат
20. Является ли общение с врачом для вас поддержкой (есть ли контакт с врачом):
- да (в чем она состоит);
 - трудно определить;
 - нет
21. Достаточно ли вы информированы о своем лечении врачом:
- да,
 - нет
22. Стремитесь ли вы получить новую информацию о болезни и лечении?
23. Есть ли вопросы, которые вам хотелось бы обсудить с врачом дополнительно:
- исход болезни;
 - про лечение;
 - про жизнь после болезни
24. Информировываете ли вы родственников о своем лечении:
- да,
 - нет
25. Что позволяет вам переносить тяготы пребывания в клинике и лечение:
- уверенность, что все будет хорошо;
 - вере во врача, медицину;
 - другое
26. Если предположить, что ответственность за излечение равна 100%, то какая доля принадлежит заболевшему человеку, а какая врачу?

Внутренняя картина болезни

27. Имеется ли субъективная причина болезни:
- есть;
 - нет
28. Модель болезни (по представлению больного):
- физическая;
 - психологическая;
 - наследственность;
 - возраст как причина;
 - не знаю
29. Есть ли опыт болезни вообще (быть в роли больного):
- да (раньше переносил/а операции и т.п. и вылечивался/ась);
 - нет (до этого считал/а себя здоровым человеком);
 - есть хронические сопутствующие заболевания (можно записать какие)
30. Был ли опыт взаимодействия с онкологическим больным:

- да,
 - нет
31. Есть ли родные и близкие с онкологическими заболеваниями
- есть (исход – излечение);
 - есть (летальный исход);
 - нет (просто слышал/а о том, что есть онкологические больные)
32. Были ли предчувствие, мысли, что с вами это тоже может случиться:
- да;
 - нет
33. Следили ли вы за своим здоровьем, проходили профосмотры и т.д.:
- да;
 - нет
34. Были ли признаки заболевания:
- да;
 - нет
35. Сколько времени прошло о начала появления признаков недомогания до обращения к врачу (мес.)?
36. Понимание больным личностного смысла заболевания: *болезнь - это*
- испытание;
 - наказание;
 - решение жизненных проблем;
 - информация о себе, о жизни;
 - не знаю
37. Личностный смысл выздоровления
- семья, дети, дом;
 - социальные связи;
 - незавершенные дела;
 - беспомощности;
 - работа;
 - другое

Социально-психологическая ситуация в связи с заболеванием

38. Испытываете ли вы сложности при сообщении о своем диагнозе ближайшему окружению:
- да;
 - нет
39. Кому было труднее сообщить о заболевании:
- супругу/супруге;
 - детям;
 - родителям;
 - другим близким;

- другим людям

40. Нужна ли психологическая поддержка человеку в ситуации болезни:

- да
- нет

41. Была поддержка на этапе от обнаружения заболевания до поступления в клинику:

- поддерживали, и это помогало;
- поддерживали, но это не помогало;
- поддержки не было

42. Кто из вашего окружения поддерживает вас сейчас:

- супруг (супруга);
- дети;
- друг/подруга;
- сослуживцы;
- соседи;
- соседи по палате;
- никто;
- родители

43. В чьей поддержке вы больше всего нуждаетесь:

- супруг/супруга;
- семья;
- друзья;
- врач;
- психолог;
- другое

44. Как вы относитесь к психологической помощи профессионального психолога

- нуждаются все;
- я нуждаюсь;
- она не нужна

Отношение в семье

45. Характер ожидаемых отношений в семье в связи с заболеванием:

- уверен/а в поддержке;
- будущее покажет;
- поддержки не будет

46. Характер изменения семейных отношений в связи с заболеванием (по представлению больного):

- улучшились;

- остались прежними;
- ухудшились

Отношение с окружающими

47. Влияние болезни на восприятие отношений со значимыми другими

- отношения улучшились;
- отношения остались прежними;
- отношения ухудшились

48. Изменение социального функционирования:

- осталось прежним;
- снизилось

Отношение к настоящему и будущему

49. Изменилось ли ваша жизнь в связи с заболеванием:

- да, изменились место жительства, распорядок дня, режим питания, пришлось отказаться от каких-то планов;
- нет;
- все изменилось

50. Установка на будущее:

- оптимистичная («поправлюсь, жизнь еще имеет смысл»);
- неопределенная («не знаю, это зависит от врачей»);
- безнадежная («мне уже ничего не поможет»);
- не думал об этом

51. Можете ли вы сказать, что, несмотря на болезнь, вы находите в своей жизни много такого, что позволяет назвать вас счастливым человеком?

52. Есть ли у вас планы на будущее:

- есть определенные планы - встречи, поездки, незавершенные дела;
- нет, есть общая картина будущего

53. Что человек может сделать сам для себя, чтобы ему легче было справиться с болезнью?

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ И ТЕСТЫ

Методики оценки тревожности

1. *Шкала тревоги Ч. Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory — STAI) в модификации Ю.Л. Ханина* является информативным способом самооценки уровня тревожности в данный момент (реактивная тревожность как состояние) и личностной тревожности (как устойчивая характеристика человека):

- шкала состоит из 40 пунктов;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

2. *Личностная шкала проявлений тревоги Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS)* предназначена для измерения проявлений тревожности:

- шкала состоит из 50 утверждений;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

Методики диагностики депрессивных состояний

3. *Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний (Zung Self-Rating Depression Scale) - в адаптации Т. Балашиевой (отделение наркологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева)* - позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства.

- в тестировании учитывается 20 факторов, определяющие четыре уровня депрессии;
- проводится в индивидуальной форме.

4. *Шкала Монтгомери — Асберг (MADRS)* предназначена для оценки тяжести депрессии и ее динамики в процессе терапии:

- состоит из 10 вопросов;
- проводится в индивидуальной форме.

5. *Шкала Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии:*

- содержит 23 пункта, 2 из которых состоят из двух частей — А и Б, заполняемых альтернативно;

- проводится в индивидуальной форме.

6. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) А. S. Zigmond, R. P. Snaith предназначена для выявления тревоги и депрессии у пациентов соматического стационара:

- шкала состоит из 14 утверждений, 2 субшкал: А («anxiety») — «тревога», D («depression») - «депрессия»;
- проводится в индивидуальной форме.

Методики оценки невротических расстройств

7. Опросник невротических расстройств — симптоматический (ОНР-Си) в адаптации НИИ им. В.М. Бехтерева позволяет провести количественное определение степени выраженности невротических синдромов у пациента:

- состоит из 138 жалоб невротического порядка, наличие и выраженность которых оценивает у себя испытуемый.
- все утверждения опросника сгруппированы в 13 форм невротических расстройств:
 1. тревожно-фобические расстройства;
 2. депрессивные расстройства;
 3. аффективная напряженность;
 4. расстройства сна;
 5. аффективная лабильность;
 6. астенические расстройства;
 7. сексуальные расстройства;
 8. дереализационные-деперсонализационные расстройства;
 9. обсессивные расстройства;
 10. нарушения социальных контактов;
 11. ипохондрические расстройства;
 12. ананкастические расстройства;
 13. сомато-вегетативные расстройства;
- проводится в индивидуальной форме.

8. Я-структурный тест Аммона (Ich-Struktur-Test nach Ammon, ISTA) в адаптации Ю.А. Тупицына, НИПНИ им. В.М. Бехтерева надежно отображает изменения в ядре личности в ходе терапевтического процесса. Сфера применения теста - личностная диагностика людей, страдающих неврозом, пограничным синдромом и психозом:

- тест состоит из 220 утверждений, 6 шкал:
 1. агрессия,
 2. тревога/страх,
 3. внешнее отграничение Я,
 4. внутреннее отграничение Я,

- 5. нарциссизм и сексуальность;
- проводится в индивидуальной форме.

Методики диагностики личностных особенностей

9. Миннесотский многоаспектный личностный опросник (Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI) - личностный опросник, является реализацией типологического подхода к изучению личности:

- состоит из 550 утверждений;
- 10 основных диагностических шкал:
 1. ипохондрия (HS),
 2. депрессия (D),
 3. истерия (Hy),
 4. психопатия (Pd),
 5. маскулинность — феминность (Mf),
 6. паранойя (Pa),
 7. психастения (Pt),
 8. шизофрения (Sc),
 9. гипомания (Ma),
 10. интроверсия (Si);
- проводится в индивидуальной форме.

10. Тест оценки самоактуализации (САТ) предназначен для диагностики уровня самоактуализации личности:

- базовые шкалы теста:
 1. компетентность во времени,
 2. поддержка;
- дополнительные шкалы:
 1. ценностные ориентации,
 2. гибкость поведения,
 3. сензитивность к себе,
 4. спонтанность,
 5. самоуважение,
 6. самопринятие,
 7. представление о природе человека,
 8. синергия,
 9. принятие агрессии,
 10. контактности,
 11. познавательные потребности,
 12. креативность;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

11. Методика самооценки Т.В. Дембо - С.Я. Рубинштейн предназначена для психологической диагностики состояния самооценки:

- включает следующие шкалы:

1. высота самооценки (фон настроения),
 2. устойчивость самооценки (эмоциональная устойчивость),
 3. степень реалистичности и/или адекватности самооценки (при ее повышении),
 4. степень критичности,
 5. требовательности к себе (при понижении самооценки),
 6. степень удовлетворенности собой (по прямым и косвенным индикаторам),
 7. уровень оптимизма (по прямым и косвенным индикаторам),
 8. интегрированность осознанного и неосознаваемого уровней самооценки,
 9. противоречивость/непротиворечивость показателей самооценки,
 10. зрелость/незрелость отношения к ценностям,
 11. наличие и характер компенсаторных механизмов,
 12. участвующих в формировании «Я-концепции»,
 13. характер и содержание проблем и их компенсаций;
- проводится в индивидуальной форме.

12. Методика «Семантический дифференциал времени» (СДВ) предназначена для изучения когнитивных и эмоциональных компонентов в субъективном восприятии личностью своего психологического времени:

- содержит 25 полярных шкал, на основе которых выделено 5 факторов:
 1. активность времени (АВ),
 2. эмоциональная окраска времени (ЭВ),
 3. величина времени (ВВ),
 4. структура времени (СВ),
 5. осязаемость времени (ОВ);
- проводится в индивидуальной форме.

Методики оценки качества жизни

13. Краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (WHOQOL-BREF) позволяет оценить качество жизни в контексте культуры и системы ценностей личности, а также ее личных целей, стандартов и интересов:

- методика состоит из 26 пунктов, которые оценивают следующие широкие области:
 1. физическое здоровье,
 2. психологическое здоровье,
 3. социальные отношения и окружающую среду;
- проводится в индивидуальной форме.

14. Краткая форма оценки здоровья (Medical Outcomes Study-Short Form, MOS SF-36) предназначена для исследования качества жизни, связанного со

здоровьем, вне зависимости от имеющегося заболевания, половых, возрастных особенностей и специфики того или иного лечения:

- состоит из 11 разделов, разбитых на шкалы;
- все шкалы опросника объединены в два измерения: физический компонент здоровья (1 – 4 шкалы) и психический (5 – 8 шкалы);
- проводится в индивидуальной форме.

15. Анкета-опросник Европейской организации исследования и лечения рака (EORTC-QLQ-C30):

- содержит 30 вопросов, представляющих 9 шкал;
- 5 функциональных шкал отражают статус:
 1. физический (PF),
 2. ролевой (RF),
 3. когнитивный (CF),
 4. эмоциональный (EF),
 5. социальный (SF);
- 3 симптоматических шкалы включают:
 1. утомляемость (FA),
 2. боль (PA),
 3. тошноту и рвоту (NV);
- шкала общего состояния здоровья и уровня качества жизни (QL2);
- проводится в индивидуальной форме.

Методики оценки совладания со стрессом

16. Тест фрустрационной толерантности Розенцвейга в адаптации Н.В. Тарабриной предназначен для исследования реакций на неудачу и способов выхода из ситуаций, препятствующих деятельности или удовлетворению потребностей личности:

- состоит из 24 схематических контурных рисунков, на котором изображены 2 человека или более, занятые еще незаконченным разговором;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

17. Методика диагностики совладающего со стрессом поведения (копинг-стратегии) – НИПНИ им. В.М. Бехтерева:

- включает 50 утверждений, каждое из которых отражает определенный вариант поведения в трудной или проблемной ситуации;
- пункты опросника объединены в 8 шкал, соответствующих основным видам копинг-стратегий, выделенных авторами:
 1. конфронтация,
 2. дистанцирование,
 3. самоконтроль,
 4. поиск социальной поддержки,

5. принятие ответственности,
 6. бегство-избегание,
 7. планирование решения проблемы,
 8. положительная переоценка;
- проводится в индивидуальной форме.

18. Уровень субъективного контроля личности (УСК) - Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, НИПНИ им. В.М. Бехтерева - методика предназначена для диагностики интернальности – экстернальности, то есть степени готовности человека брать на себя ответственность за то, что происходит с ним:

- методика состоит из 44 пунктов;
- проводится в индивидуальной форме.

Методики оценки соматического и психосоматического статуса

19. Гиссенский опросник психосоматических жалоб (Giesener Beschwerdebogen, GBB) предназначен для регистрации отдельных жалоб, комплекса жалоб и определения суммарной оценки их интенсивности:

- состоит из 57 пунктов - перечня жалоб, относящихся к таким сферам как общее самочувствие, вегетативные расстройства, нарушение функций внутренних органов;
- имеет 4 основные шкалы и одну суммарную:
 1. истощение,
 2. желудочные жалобы,
 3. ревматический фактор,
 4. сердечные жалобы,
 5. давление жалоб;
- индивидуальная форма проведения.

20. Тип отношения к болезни (ТОБОЛ) – Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., НИПНИ им. В.М. Бехтерева - методика предназначена для психологической диагностики отношения к болезни:

- 12 типов отношения к болезни:
 1. сенситивный,
 2. тревожный,
 3. ипохондрический,
 4. меланхолический,
 5. апатический,
 6. неврастенический,
 7. эгоцентрический,
 8. паранойяльный,
 9. анозогностический,
 10. дисфорический,

- 11.эргопатический,
 - 12.гармоничный;
- состоит из ряда утверждений, дифференцированных по шкалам:
 1. самочувствие,
 2. настроение,
 3. сон и пробуждение ото сна,
 4. аппетит и отношение к еде,
 5. отношение к болезни,
 6. отношение к лечению,
 7. отношение к врачам и медперсоналу,
 8. отношение к родным и близким,
 9. отношение к работе,
 - 10.отношение к окружающим,
 - 11.отношение к одиночеству,
 - 12.отношение к будущему;
 - индивидуальная форма проведения.

Методики оценки профессионального выгорания

21. Тест профессионального выгорания Водопьяновой Н.Е. (на основе модели К. Маслач и С. Джексон) предназначен для диагностики «эмоционального истощения», «деперсонализации» и «профессиональных достижений»:

- содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с выполнением рабочей деятельности, соотнесенных с 3-мя субшкалами:
 1. эмоциональное истощение,
 2. деперсонализация
 3. профессиональные достижения;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

22. Методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В. Бойко предназначена для диагностики синдрома эмоционального выгорания, возникающего в процессе выполнения деятельности, связанной с длительным воздействием неблагоприятных стресс-факторов:

- позволяет выделить следующие 3 фазы развития стресса:
 1. напряжение,
 2. резистенция,
 3. истощение;
- состоит из 84 утверждений;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

Другие психодиагностические методики

23. Опросник для диагностики отношения матери к болезни ребенка (ДОБР) предназначен для диагностики отношений взрослых членов семьи к болезни ребенка в зависимости от заболевания, типа лечения (амбулаторное, стационарное, дневной стационар, санаторное):

- состоит из 40 пунктов-утверждений;
- проводится в индивидуальной и групповой форме.

24. Шкала оценки тяжести влияния травматического события (ШОВТС) (Н.В. Тарабрина) (Impact of Event Scale, IES-R) предназначена для диагностики особенностей эмоциональных переживаний людей, которые перенесли тяжелые стрессовые ситуации:

- шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются по 3 шкалам: вторжение, избегание и возбудимость;
- проводится в индивидуальной форме.

ШКАЛА САМООЦЕНКИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПЕРЕЖИВАНИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Самооценка по Шкале интенсивности переживаний онкологического больного проводится на основе методики самооценки дистресса Международного общества психосоциальной онкологии (IPOS).

В модифицированной нами методике самооценки дистресса термин «дистресс» заменен термином «переживание».

Пациенты самостоятельно отмечают субъективно оцениваемый ими уровень своих переживаний, связанных с болезнью, лечением и изменениями в жизни в связи с ними на бланке (см. ниже).

Показатели:

- максимальный уровень оценки равен 8, минимальный равен 0;
- от 1 до 6 баллов признаются нормативными в ситуации лечения онкологического заболевания,
- 6 баллов и выше указывают на уровень сильного и сверхсильного эмоционального напряжения,
- показатель 0 может свидетельствовать о латентной (скрытой) депрессии или вытеснении негативных переживаний в связи с онкологическим заболеванием, что является фактором риска дезадаптации.

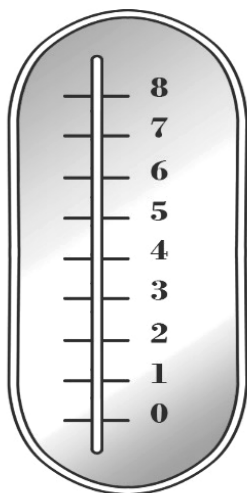
Бланк самооценки интенсивности переживаний

Уважаемый ПАЦИЕНТ!

Пожалуйста, заполните эту карточку и отдайте врачу

Фамилия _____ Имя _____ Отчество _____

Возраст _____



ОНКОПСИХОЛОГИЯ

ДЛЯ ВРАЧЕЙ-ОНКОЛОГОВ
И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ

РУКОВОДСТВО

*Под редакцией А.М. Беляева, В.А. Чулковой,
Т.Ю. Семиглазовой, М.В. Рогачева*

Подписано в печать с оригинал-макета 03.08.2018.
Формат 170x240. Печать цифровая. Усл.печ.л. 17,8.
Тираж 150. Заказ № 83150.

Отпечатано в типографии «Любавич».
ООО «Первый издательско-полиграфический холдинг»,
Санкт-Петербург, Б. Сампсониевский пр., 60.
Тел.: (812) 603-25-25.