

УДК 616-006-05:159.9

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ

© 2015 А.Н. Денисенко

Городская клиническая больница №35, г. Нижний Новгород

Поступила в редакцию 23.04.2015

Проведено психологическое тестирование методом СМОЛ 152 больных онкологическими заболеваниями различной локализации. Выявлены характерные изменения личности, выражающиеся в высокой тревожности, депрессии, ипохондрии. Полученные результаты использованы при проведении психотерапевтических бесед при приёмах врачей-онкологов центральных районных больниц. Основной целью бесед было создание позитивного отношения к возможностям комбинированного лечения опухолей.

Ключевые слова: *онкология, злокачественные новообразования, психологическое тестирование, особенности личности, психологический статус*

Известно, что наряду с клиническими аспектами профилактики, диагностики и лечения онкологических заболеваний, часто наблюдаемое изменение психологического статуса (ПС) пациентов, которым установлен диагноз злокачественного новообразования (ЗНО), является серьёзной проблемой. Изменения ПС у пациентов с онкологическими заболеваниями являются предметом исследований на протяжении нескольких десятилетий. В многочисленных работах было показано, что они оказывают целый ряд негативных эффектов, особенно при ЗНО. К ним относятся повышенный суицидальный риск, снижение качества жизни, сокращение сроков выживаемости, неудовлетворительная комплаентность пациентов и увеличение длительности пребывания в онкологическом стационаре [2, 3]. Вместе с тем остается нерешенным целый ряд психиатрических аспектов онкологии. Реакция на болезнь зависит от исходного типа личности, сбалансированности механизмов психологической защиты и характеризуется значительной вариабельностью: от отрицания болезни до полного ухода в неё, от генерализованной ипохондрической реакции, глубокой депрессии до отказа от лечения и обследования [4, 5]. Наблюдаются негативные изменения в отношениях с родственниками, жизненной активности, трудоспособности, далеко не всегда связанные с тяжестью соматического состояния, зачастую обусловленные чисто психологическими причинами [6-8]. В то же время многие проблемы имеют прямое отношение к своевременному дообследованию, уточнению диагноза и адекватному лечению, следованию рекомендациям врачей [9]. Поэтому врачи-онкологи должны быть обучены определённым приёмам психокоррекции с учётом типичных реакций больных на известие о болезни, необходимость лечения изменение образа жизни [10]. Прежде всего, это

относится к врачам онкологических кабинетов центральных районных и городских больниц, которые чаще других общаются с данной категорией пациентов, как на этапе установления диагноза, так и на этапах лечения и реабилитации.

**Методика исследования.** Для изучения ПС были исследованы 125 пациента (60 мужчин и 65 женщин) в возрасте 32-68 лет с диагнозом ЗНО различных локализаций 1-4 стадии. Клинико-психологическое обследование заключалось в интервьюировании больных по методике, предложенной А.Е. Колосовым, Н.Б. Шиповниковым (1994), в использовании теста Спилбергера-Ханина для изучения уровня реактивной и личностной тревожности и сокращенного многофакторного опросника для исследования личности (СМОЛ). На основании результатов клинико-психологического исследования у больных проводилась оценка выраженности эмоциональной дезадаптации по четырехбалльной шкале (0 баллов – эмоциональное напряжение отсутствует, 3 балла – сильно выраженное эмоциональное напряжение).

Определение уровня тревоги показало, что в целом по заболеванию уровень личностной тревоги (ЛТ) составил  $46,41 \pm 1,76$  баллов, соответствуя высокому, а уровень реактивной тревоги (РТ) был равен  $36,03 \pm 1,47$  баллов и соответствовал умеренному. Исследование динамики РТ и ЛТ выявило, что наибольших значений эти показатели достигали в предоперационном периоде и повторно повышались в случаях рецидива рака молочной железы (РМЖ). Необходимо отметить, что высокая степень ЛТ сохранялась на протяжении всего периода проведения химио-лучевой терапии и даже в течение длительного времени после выписки из стационара. Средние значения ЛТ и РТ были наиболее низкими у психологически компенсированных больных –  $46,0 \pm 1,34$  и  $34,75 \pm 1,02$  баллов соответственно, и достоверно возрастали у пациентов со значительно выраженным напряжением –  $53,34 \pm 2,17$  и  $42,09 \pm 1,97$  баллов, соответственно.

Денисенко Аркадий Николаевич, кандидат медицинских наук, главный врач. E-mail: arkenisenko@yandex.ru

Изучение личностного профиля больных с помощью опросника СМОЛ показало, что для этих пациентов была характерна инфантильность, фрустрационное поведение, соматизация тревоги, ригидность аффекта. Вытеснение и отрицание негативности информации, используемые в качестве механизмов психологической защиты, оказывались недостаточно эффективны и не позволяли полностью адаптироваться к изменившейся ситуации. Трудности межличностных контактов сочетались с необходимостью одобрения и поддержки со стороны окружающих, интрапсихическим конфликтом, неверием в успех лечения и желанием проведения полного комплекса лечебных мероприятий. В группе полностью компенсированных пациентов ведущими оказались шкалы гипомании, эмоциональной лабильности, депрессии, а у больных со значительно выраженным напряжением депрессии, эмоциональной лабильности, паранойальности.

По результатам тестирования были разработаны методические рекомендации для врачей онкологических кабинетов, направленные на коррекцию психологических реакций, создание позитивного настроя на лечение, повышение качества жизни.

**Экспериментальная часть.** Использование неформализованного интервью показало, что первоначальная реакция у больных ЗНО возникала на диагностическом этапе после консультации и направление на обследование. Ни один пациент не остался безучастным к факту выявления у него ЗНО. Среди многообразных синдромов наиболее часто встречались:

- тревога,
- страх,
- плохое настроение (до выраженной тоски),
- астения (характеризуется слабостью, повышенной утомляемостью, эмоциональной неустойчивостью, нарушениями сна, плаксивостью),
- ипохондрия (ипохондрия отличается от депрессии тем, что причина угнетенного настроения здесь – исключительно собственная болезнь, на которой целиком сосредоточивается пациент),
- апатия,
- дисфория (преобладает мрачное, угрюмое, злобно-раздражительное настроение, нередко проявления вспыльчивости, агрессивности).

Именно эти симптомы служат ориентиром для оценки степени выраженности психогенной реакции и для выбора лечебного воздействия. Подобные расстройства могут возникать с момента первого контакта больного с онкологической службой до выписки из стационара и последующего лечения и реабилитации либо паллиативного лечения.

Основными реакциями при сообщении о наличии заболевания были тревога и страх. Тревога превалировала в ранних стадиях заболевания и в более молодом возрасте (32-50 лет), однако достоверных различий получено не было. Реакция страха чаще наблюдалась у больных с болевым синдромом, сопутствующими соматическим заболеваниями. У большинства пациентов наблюдались оба

типа реакций. В связи с выявлением опухоли и направлением в онкологический диспансер больные ретроспективно оценивали как «шок», панику, тревогу, растерянность, оглушенность, нереальность происходящего. Только 12 человек (9,6%) встретили известие о болезни спокойно, как о заболевании, которое необходимо лечить. В структуре страхов больных ведущее место занимала обеспокоенность жизненными перспективами, исходом операции.

При проведении теста СМОЛ усреднённый профиль личности характеризовался преобладанием шкалы F над L и K, что свидетельствовало о стремлении привлечь внимание к своим проблемам. Несмотря на то, что значения базовых клинических шкал находились в пределах 40-60 T-баллов, обращало на себя внимание повышение показателей по шкалам 2 (шкала депрессии), 3 (эмоциональной лабильности), 6 (шкала паранойальности), 9 (шкала гипомании), и это сочетание свидетельствовало о наличии трудно корригируемого тревожно-депрессивного синдрома.

**Анализ.** Изучив усреднённый личностный профиль (рис. 1), можно сказать, что для него свойственны следующие особенности: высокий уровень осознания имеющихся проблем, неудовлетворённость и пессимистическая оценка своих перспектив, склонность к раздумьям, выраженная глубина переживаний, самокритичность, неуверенность в себе и своих возможностях. В качестве защитного механизма в условиях стресса использовался отказ от самореализации блокирование активности и усиление контроля сознания.

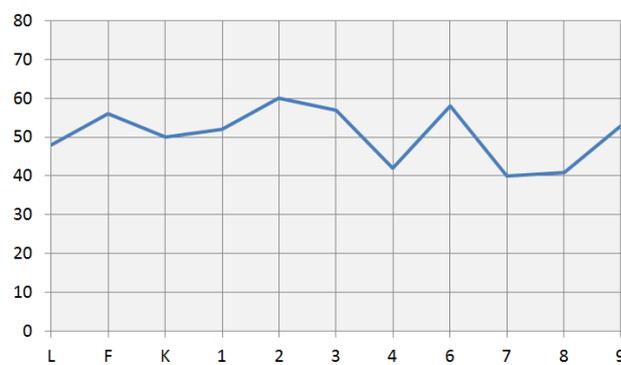


Рис. 1. Усреднённый график СМОЛ

В структуре психопатологических переживаний на первый план выходили тревожно-депрессивные расстройства, о чём свидетельствовало наличие высокого среднего значения шкалы 2 (табл. 1). Такие лица воспринимаются окружающими как замкнутые, молчаливые, пессимистичные, застенчивые. Сочетание подъёмов по 2 и 9 шкалам означало наличие ажитированной тревоги, эмоциональной незрелости, наличия фрустрации.

Несколько меньший подъём шкалы 1 (ипохондрии) свидетельствует об уходе в болезнь. Эта шкала превалировала у 12,0% пациентов, отражая их постоянную озабоченность своим физическим здоровьем, пессимизм, неверие в успех, что

отражается и на отношении к предлагаемой медицинской помощи. Шкала 1 отражает соматизацию тревоги, происходящую через интрапсихическую переработку вегетативных проявлений, связанных с тревогой. Чаще всего подъём шкалы сочетается с подъёмом шкал невротической триады (1, 2, 3) и шкалы 7 – психастении.

**Таблица 1.** Варианты нарушений по данным теста СМОЛ

Доминирующая шкала	Всего (n = 125)	
	n=65	n=60
ипохондрии	15	12,0
депрессии	33	26,4
эмоциональной лабильности	9	7,2
импульсивности	6	4,8
паранойяльности	25	20,0
психастении	12	9,6
шизоидности	3	2,4
гипомании	22	17,6

Шкала 7 была ведущей у 12 человек (9,6%), что отражало низкую способность к вытеснению негативной информации и повышенное внимание к отрицательным сигналам. Это сопровождалось нарушениями сна, чувством растерянности, беспокойства, ощущением надвигающейся беды. Усиливалось чувство ситуативно обусловленной тревоги, проявляющейся подъёмом шкалы 2. В то же время эти больные очень восприимчивы к внешним воздействиям, и в определённом смысле являются благодатным материалом для проведения целенаправленной психотерапевтической работы в силу того, что нуждаются во внешней поддержке («плече») и с облегчением перепоручают ответственность за своё здоровье врачам, родственникам.

Из других шкал чаще всего наблюдался подъём шкалы 6 (ригидности, паранойяльности) – 25 человек (20,0%). Это свидетельствовало о склонности к застреванию на негативных переживаниях и сопровождалось повышенной враждебностью, раздражительностью, подозрительностью, поисками неблагоприятных намерений в поступках людей. Следует сказать, что подъём шкалы 6 снижает возможности психотерапевтических воздействий, так как эта группа пациентов имеет свою сложившуюся картину болезни, трудно корригируемую систему ценностей, отношений к людям, событиям, фактам. Ригидность психики усиливает и удерживает патологические тенденции изменения других шкал, в т.ч. невротической триады. Это следует учитывать при планировании психотерапевтических воздействий и их эффективности.

В последующем результаты тестирования учитывались при построении психокорректирующих бесед, проводимых врачами-онко-логами по составленной программе. При этом реакции пациентов фиксировались на протяжении диспансерного наблюдения.

**Обобщение и разъяснение полученных данных.** Наиболее выраженные изменения психики наблюдаются на начальном, диагностическом

этапе, в период, когда появляется подозрение на ЗНО, и в процессе его подтверждения. Именно в этот момент человеку требуются максимальная забота и участие близких. Наиболее характерный для данного этапа – тревожно-депрессивный синдром. Для такого состояния типичны сильнейшее беспокойство, тревога, ощущение безнадежности существования, мысли о скорой смерти. Эти явления могут сочетаться с истощением, неспособностью ни к физической, ни к психической активности. Человек жалуется на головные боли, разбитость, усталость, бессонницу или сонливость. У некоторых пациентов возникают навязчивые мучительные представления о смерти, собственных похоронах и т.п. [1]. Они постоянно ищут, но не могут найти свою гипотезу возникновения заболевания, перебирают в памяти всю предшествующую жизнь, сомневаются в правильности диагноза. Такие пациенты нуждаются в особой заботе и участии со стороны родных, а их лечение потребует от врача немалых усилий.

У пациентов, которых раньше отличала высокая жизненная активность, чаще преобладают тревога и страх. У пассивных же людей на первый план выступает депрессия. Наиболее опасным сочетанием является сочетание тревоги с повышенным уровнем активности поведения, что может внешне скрываться за активной, но суетливой, малопродуктивной активностью. Скрытая депрессия может сопровождаться мыслями о суициде.

Есть категория больных, которые все время находят особые «неполадки» в организме, ссылаясь при этом на неопределённые ощущения и ошибочно оценивая их как симптомы стремительного распространения опухоли по всему телу. К такому виду отклонений тяготеют больные, ранее отличавшиеся тревожной мнительностью. Особого внимания заслуживают апатический и астенический синдромы. Пациенты отличаются вялостью, заторможенностью, безучастностью, утратой какого-либо интереса к своей судьбе, в том числе и к таким вопросам, как сроки госпитализации, характер лечения. Они нуждаются в незамедлительном назначении общеукрепляющей и стимулирующей психотерапии.

При поступлении в клинику тяжесть психических нарушений обычно уменьшается. Это связано с тем, что запускается система психологической защиты, которые переносят ответственность за дальнейшее развитие событий на медицинский персонал. Постоянное подкрепление таких установок – важнейшая психотерапевтическая задача, которую должны решать врач и близкие пациента. Исключительную роль играют беседы лечащего врача, осмотры, энергичное проведение различных исследований. Важно, чтобы больной имел чёткую программу действий по лечению, был занят конструктивной деятельностью, иначе говоря, все, что создает у больного впечатление активного и тщательного изучения его состояния. Частые посещения родных и близких, их ободряющие беседы крайне важны. Если больной остается предоставленным самому себе, это ухудшает его состояние.

Каждая минута, не посвященная больному, кажется ему непростительной тратой времени.

По-прежнему может отмечаться тревожно-депрессивный синдром, но его характер меняется. Тревога на этом этапе связана с желанием как можно скорее подвергнуться лечению, человек боится упустить время. Необходимость в психотерапии, как правило, на данном этапе отпадает. На первый план выступают психотерапевтические методы. Очень важны их следующие компоненты: врач должен внушить больному, что при активном лечении продолжительность его жизни не снизится по сравнению с референтной группой. Это во многих случаях имеет решающее значение в восстановлении психологического состояния («равновесия»), однако это факт достаточно сложно ввести в сознание больного.

Возможны проявления агрессии. Больные, находясь в тоскливо-зловном настроении, зачастую требуют замены лечащего врача. Нередко острие гнева направлено на родственников, к чему необходимо относиться с терпимостью. Нередки отказы от свиданий. При лечении этих расстройств необходимо применение седативных средств. Психотерапию лучше направить на уменьшение негативной активности больных путем замены объекта. Можно рекомендовать больному вести дневник самонаблюдений, принести увлекательные книги, видеофильмы и т.п. Апатические расстройства учащаются на этом этапе почти вдвое. На это указывает продолжающееся истощение у таких больных. Целесообразно применение антидепрессантов, а вот психотерапия показана только при достижении повышения активности пациентов. В состоянии выраженной апатии она бесполезна.

На этапе, непосредственно предшествующему операции, интенсивность большинства психогенных расстройств снова нарастает. При известии о предстоящей операции, казалось бы столь долгожданной, у некоторых больных возникает негативное к ней отношение. Появляются мысли об отказе от оперативного лечения, о недостаточно реализованных «иных» возможностях терапии. Такого рода переживания нередко усугубляются контактами с другими, уже прооперированными больными, которым такое лечение едва ли помогло. Типичным для этого периода является оживление суеверий, рост внимания к сновидениям, приметам. Нередки случаи, когда больные обращаются к «альтернативным» методам лечения, находя в них временное психологическое облегчение страха и тревоги перед операцией. Только спокойная конструктивная разъяснительная работа, внушение веры в положительный результат, создание клубов пациентов с онкологическим анамнезом, ведущих полноценную активную жизнь, позволяет снизить психологическое напряжение этих синдромов.

После операции выраженность всех отрицательных переживаний опять снижается. Ведь для большинства операция становится временным психологическим облегчением. Но родные могут столкнуться с послеоперационным психологическим истощением больного, когда тот вяло и

безучастно повторяет, что «нет даже сил радоваться успешному исходу операции». Этот синдром может усугубляться физическим истощением, сопровождающим развитие заболевания до операции, и естественным снижением резервов организма в раннем послеоперационном периоде. В этот период чрезвычайно важно, чтобы врачи использовали в беседах малейшие реальные факты улучшения состояния больного, так как пациенты крайне болезненно реагируют на любые попытки выдать «желаемое за действительное», что может разрушить всю систему психотерапевтических воздействий.

На этапе выписки из стационара люди, как правило, испытывают чувство облегчения, сам факт возвращения домой из больницы, в т.ч. из онкологического диспансера, вселяет в них определённый оптимизм. Поэтому неудивительно, что в этот момент учащаются эйфорические проявления, которые достаточно редко требуют специального лечения. Тем не менее, и в этот период представлена вся гамма отрицательных переживаний больных. Пациентам может не хватать уверенности в своем будущем. Они переживают, смогут ли возобновить работу, как примут их домашние. Самыми мучительными становятся мысли о неполном выздоровлении, отсутствии радикальных средств излечения. Больных травмирует прием на учет в онкологический диспансер, а также предупреждение врачей о повторных курсах терапии. Сведения об этих мероприятиях должны даваться в максимально щадящей форме. Смысл разъяснений подобных назначений должен иметь психотерапевтическую направленность.

Период, непосредственно наступающий после возвращения домой, отличается гораздо большей эффективностью психотерапии. Близкие могут столкнуться со стремлением больного к самоизоляции. Меняется отношение к любимым прежде развлечениям. Попытки со стороны близких как-то расшевелить больного часто кончаются ничем. Утрачивается интерес к внутрисемейным делам. В переживаниях больных постоянно звучат депрессивные ноты, связанные не только с наличием онкологического заболевания, но и его последствиями — инвалидизацией, утратой женской привлекательности, импотенцией у мужчин, что может наблюдаться на фоне лучевой или химиотерапии. Переживания, относящиеся к сфере интимной жизни, особенно болезненны. Однако в семьях, где отношения базируются на глубоких, искренних чувствах, это преодолимо. Действенным способом борьбы с самоизоляцией служит возвращение (если позволяет состояние больного) в производственный коллектив. Это создает у человека чувство уверенности, нужности, способствует развитию оптимистических взглядов.

Есть категория больных, которые начинают стремиться к расширению контактов с докторами. В этом случае специалистам иногда удается выявить такие особенности их переживаний, о которых родственники и не подозревают. Подобная позиция больных подчеркивает их потенциальную

доступность психокоррекционным воздействиям. К сожалению, борьба со всеми этими расстройствами на «домашнем» этапе представляет значительные трудности. Это связано с отсутствием в штатах онкологической службы психоневрологов и медицинских психологов, которые могли бы проводить специальную работу с больными, а особенно с их семьями. Поэтому такую миссию должны на себя взять врачи-онкологи, причём, прежде всего, первичных онкологических кабинетов, поскольку именно с ними пациент общается на всех этапах диагностики и лечения (кроме специализированной и высокотехнологичной помощи), включая реабилитацию и многолетнее диспансерное наблюдение. Эти специалисты могли бы взять на себя и миссию подготовки семьи больного, разъяснения особенностей психического состояния.

#### **Выводы и рекомендации.**

1. Стрессообусловленные психологические реакции наблюдаются практически у всех пациентов с установленным диагнозом ЗНО.

2. Тип изменений зависит от исходного психологического статуса, но преобладают тревожно-депрессивные изменения, что подтверждается результатами психометрического теста СМОЛ.

3. Наличие стрессовых реакций объективно ухудшает качество жизни онкологических больных, проявляется в отношении к дальнейшему лечению и диагностике, межличностных отношениях.

4. Ввиду массовости онкологической патологии основная функция по психокоррекции может выполняться врачами-онкологами первичных онкологических кабинетов в форме психологических бесед.

5. Оптимальным является сочетание психотерапевтических бесед врачей и психологической поддержки родственников.

6. Для повышения эффективности психокорректирующих мероприятий целесообразно ввести в программы непрерывного медицинского образования для врачей онкологов курсы тематического обучения по медицинской психологии.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Федотова, Е.А. Отношение к смерти и его влияние на личность онкологических больных // Консультативная психология и психотерапия. 2008. № 2. С. 160-182.
2. Иваикина, М.Г. Опыт психокоррекционного и психореабилитирующего сопровождения личности в условиях онкологического заболевания // Лечебное дело. 2010. № 3. С. 49-54.
3. Залуцкий, И.В. Влияние психологических и психопатологических особенностей личности онкологических пациентов на их отношение к болезни / И.В. Залуцкий, Л.М. Махнач, А.Г. Жуковец, О.А. Шишкова // Вопросы онкологии. 2010. Т. 56, № 6. С. 687-691.
4. Федоренко, М.В. Особенности личности, преодолевающей трудную жизненную ситуацию, вызванную онкологическим заболеванием // Филология и культура. 2014. № 3 (37). С. 335-338.
5. Эвина, К.Ю. Психологическая регуляция онкологических больных: взгляд позитивной психологии // Современные проблемы науки и образования. 2014. № 6. С. 1527.
6. Есикян, М.А. Онкологическое заболевание в контексте психогенных факторов // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2014. Т. 20. № 4. С. 67-69.
7. Русина, Н.А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2012. № 3. С. 115-121.
8. Колосова, Н.Р. Психологические аспекты ведения онкологических больных IV группы / Н.Р. Колосова, Б.Б. Кравец // Врач-аспирант. 2012. Т. 54, № 5. С. 17-20.
9. Чулкова, В.А. Клинико-психологические аспекты в онкологии / В.А. Чулкова, Е.В. Пестерева // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. 2010. № 1. С. 91-100.
10. Терентьев, И.Г. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы / И.Г. Терентьев, А.В. Алясова, В.Д. Трошин. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 2004. 264 с.

## **FEATURES OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL STATUS OF ONCOLOGICAL PATIENTS AND POSSIBILITIES OF ITS CORRECTION**

© 2015 A.N. Denisenko

City Clinical Hospital No. 35, Nizhny Novgorod

Psychological testing is held by multiphasic personality inventory method at 152 patients with oncological diseases of various localization. The characteristic changes of personality, which are expressed in high uneasiness, depression, morbid depression are revealed. The received results are used when carrying out psychotherapeutic conversations at receptions of oncologists in central regional hospitals. Creation of the positive relation to opportunities of the combined treatment of tumors was a main objective of conversations.

Key words: *oncology, malignant new growths, psychological testing, features of personality, psychological status*

Arkadiy Denisenko, Candidate of Medicine, Chief Physician.  
E-mail: arkdenisenko@yandex.ru