

## ПСИХОКОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ И СУИЦИДАЛЬНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

КУ «Клинический онкологический диспансер», Днепр

**Изучены психопатологические изменения личности онкологических больных, наличие у них невротической и тревожно-депрессивной симптоматики. Комплекс мер психокоррекции, психотерапии и психосоциальной реабилитации онкобольных определялся особенностями их жизненной ситуации, степенью выраженности функциональных нарушений организма, психопатологических и невротических расстройств, уровнем снижения качества жизни и наличием факторов риска формирования суицидальных мыслей и тенденций.**

*Ключевые слова:* невротические расстройства, онкологические больные, психокоррекция, психотерапия.

В последнее десятилетие в отечественной клинической практике отмечается сочетанное массивное действие психо- и соматогенных факторов у онкологических больных, которое ведет к развитию у них невротических и психосоматических расстройств. Выраженная тревожно-депрессивная симптоматика у данного контингента может привести к формированию суицидальных мыслей и тенденций, а у отдельных больных — к совершению суицидальных действий [1, 2]. Согласно данным зарубежной литературы, в настоящее время отсутствует система достоверных признаков, по которым можно было бы заранее выявить суицидальные мысли и тенденции, готовящийся план совершения суицида онкологическим больным [1, 2].

Сегодня в Украине отмечается рост числа суицидов [3]. Однако количество реализованных попыток суицида как в ранней, так и поздних стадиях онкологического заболевания точно неизвестны. Специалисты отмечают, что риск суицида среди больных раком в 2–3 раза выше, чем у здоровых людей того же пола и возраста (Л. Н. Юрьева, 2006; М. В. Маркова, 2007; О. С. Чабан, 2008). Вместе с тем сообщения о фактической частоте попыток суицида, наличии суицидальных тенденций у онкологических больных свидетельствуют о том, что они значительно выше, чем данные, приводимые в медицинской литературе [4, 5].

Малое количество специальных работ, посвященных этой проблеме, обусловило недостаточную изученность клинических форм и структуры суицидального поведения пациентов онкологических клиник. До сих пор не исследованы психологические, конституционально-биологические, психологические и социальные факторы риска суицида онкобольных.

Цель нашего исследования — на основе изучения психопатологической феноменологии

суицидального поведения больных онкологического профиля и патопсихологических механизмов его формирования разработать принципы психотерапевтической коррекции этих нарушений. Эти пациенты с невротической и тревожно-депрессивной симптоматикой составили группу вмешательства.

В период с 2013 г. до начала 2017 г. нами было обследовано 90 онкологических больных в возрасте 25–55 лет, проходивших лечение в КУ «Клинический онкологический диспансер» Днепропетровского областного совета. У них дополнительно были изучены преморбидные характерологические особенности, структура семьи и типы взаимоотношений между ее членами. Экспериментально-психологическое исследование включало структурированное диагностическое интервью пациента, а также использование таких методик: шкалы тревоги и тревожности Спилбергера — Ханина, шкалы депрессии Цунга, опросника Леонгарда — Шмишека для выявления акцентуации личности, шкалы диагностики агрессивности Басса — Дарки, шкалы оценки качества жизни КЖ-100, включающей параметры: физическое и психологическое здоровье, социальные отношения, окружающая среда. Контрольная группа была сформирована из 50 пациентов с онкопатологией, у которых не было суицидальных мыслей, тенденций, поступков.

Среди патопсихологических реакций пациентов с онкологической патологией следует особо отметить своеобразный синдром «самоизоляции» на катамнестическом этапе. Зачастую больные переживали страх рецидива заболевания и метастазов, у них нарастала психологическая и психосоциальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, появлялись мысли о «заразности» заболевания для окружающих.

С нашей точки зрения, необходимо более углубленное изучение невротических расстройств

у онкологических больных, их структуры, связи с суицидальным риском, динамики появления и выраженности суицидальных мыслей, факторов формирования антисуицидального барьера личности.

Анализ данных экспериментально-психологических исследований и изучения эмоционального состояния пациентов группы вмешательства показал, что у них чаще наблюдались низкие показатели настроения (+29,88%) по шкале Спилбергера — Ханина, значительная реактивная тревога (+30,36%) и личностная тревожность (+27,26%).

По шкале Цунга у 27% обследованных было выявлено тяжелое депрессивное расстройство, у 9% — легкое, у 6% — крайне тяжелой формы, у 5% — средней. Пациенты переживали преимущественно негативные эмоции: тоску, угнетенность, испытывали чувство одиночества, бесперспективности лечения или дальнейшей жизни, утрачивали прежние интересы, стремились к изоляции от коммуникации с окружающими, теряли физическую и психическую активность.

Наблюдая динамику выраженности описанных симптомов в процессе прохождения больными психотерапии, психокоррекции и фармакотерапии в клинике и анализируя ее с временным течением злокачественного процесса заболевания, нами отмечался волнообразный характер выраженности невротических проявлений с двумя основными подъемами. Рост выраженности невротических расстройств и появление суицидальных мыслей более выражен на диагностическом и предоперационном этапах — в моменты наибольшей напряженности стрессующих патопсихологических внутриличностных факторов.

Невротические расстройства у онкобольных в 39% случаев проявлялись неврастеническим синдромом, в 36% — смешанным тревожным и депрессивным расстройствами, в 31% — расстройствами сна, в 21% — расстройствами адаптации, в 4% — острой реакцией на стресс.

Наибольшей вероятности развития суицидальных тенденций и поведения были подвержены больные с распространенными формами злокачественных новообразований, в лечении которых возможности противоопухолевой терапии практически были исчерпаны.

Нами исследовалась внутренняя картина болезни онкологических пациентов с суицидальным риском. Были выявлены типичные реакции на свою болезнь: анозогнозическая и ипохондрическая. У обследованных группы вмешательства часто встречались такие взгляды на онкопатологию: если их жизни и суждено оборваться, то такой печальный исход был следствием постоянных перегрузок, стрессов, усталости или «какого-то

злонамеренного вмешательства со стороны», «несправедливости судьбы» и т. д. Часто онкобольные с суицидальными мыслями делали вывод, что им не стоит терпеть боли, мучений, тяжелых манипуляций и операций, надо перестать быть обузой для родственников, вводить их в значительные материальные траты по лечению и уходу.

По нашим наблюдениям, обследованные больные проходили пять этапов защитных психологических механизмов в течение диагностического и терапевтического процессов онкологического заболевания: фазы отрицания и изоляции, гнева, «торговли» с болезнью, депрессии, смирения. Эти механизмы действовали на протяжении различных периодов времени, сменяя друг друга, а иногда и сосуществуя. Единственный психологический компонент, встречающийся на всех этих этапах, — это надежда на чудесное исцеление, даже самые убежденные реалисты, скептики, смирившиеся пациенты допускали какую-то вероятность выздоровления, гипотезу об открытии нового лекарства (панацеи), «успехе найти его или найти результаты какого-то нового исследования онкологов».

Выделены основные принципы психологической коррекции, психотерапии и психосоциальной реабилитации онкологических больных с суицидальными тенденциями и мыслями: этапность, последовательность, пролонгированность, неинтервенция, фокусированность на реальных задачах повседневной жизни. Важными для формирования комплайенса «врач — пациент» и эффективности психотерапии были особые поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками терапевтического и психотерапевтического процессов, групповая динамика на всех этапах перестройки отношений пациента с окружающими людьми и кругом психосоциальной поддержки. Однако сложность предупреждения формирования суицидальных мыслей и тенденций у таких пациентов была обусловлена психологическим фактором появления у них субъективного повода для совершения суицида: как, например, от банальных жизненных неприятностей в карьере, семье или отсутствия успеха в терапевтическом процессе до трагических и глубоко психотравмирующих событий.

Таким образом, учитывая данные психодиагностики обследованных онкологических пациентов с суицидальными тенденциями (мыслями, страхами, планами), их внутреннюю картину болезни и показатели шкалы качества жизни, можно сделать вывод, что в каждом конкретном случае задачи психокоррекции, психотерапии и психосоциальной реабилитации определялись особенностями жизненной ситуации больного и его семьи, степенью выраженности функциональных

нарушений его организма, психопатологических и невротических расстройств, уровнем снижения качества жизни, уменьшением влияния факторов риска формирования суицидальных мыслей и тенденций.

#### Список литературы

1. Володин Б. С. Психосоматические взаимоотношения и психотерапевтическая коррекция у больных раком молочной железы и опухолевой патологией тела матки: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук; спец. 14.01.12 «Онкология» / Б. С. Володин.— М., 2008.— 16 с.
2. Развитие сибирской психоонкологии / В. Я. Семке, Е. Н. Чойнзонов, И. Е. Куприянова [и др.]— Томск: Изд-во Томского гос. ун-та, 2008.— 198 с.
3. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева.— Днепропетровск: Пороги, 2006.— 470 с.
4. Психотерапия; под ред. В. К. Шапрея, В. И. Курпатова.— СПб.: СпецЛит, 2012.— 496 с.
5. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour / I. Sakinofsky // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide; ed. Keith Hawton, Kees van Heeringen.— Chichester: John Wiley & Sons Ltd, 2002.— P. 385–404.

### ПСИХОКОРЕКЦІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ І СУЇЦИДАЛЬНИХ ТЕНДЕНЦІЙ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Р. І. БЕЗРУК

**Вивчено психопатологічні зміни особистості онкологічних хворих, наявність у них невротичної та тривожно-депресивної симптоматики. Комплекс заходів психокорекції, психотерапії та психосоціальної реабілітації онкохворих визначався особливостями їх життєвої ситуації, ступенем вираженості функціональних порушень організму, психопатологічних та невротичних розладів, рівнем зниження якості життя і наявністю факторів ризику формування суїцидальних думок і тенденцій.**

*Ключові слова: невротичні розлади, онкологічні хворі, психокорекція, психотерапія.*

### PSYCHOCORRECTION AND PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS AND SUICIDAL TENDENCIES IN CANCER PATIENTS

R. I. BEZRUK

**Psychopathological changes of the personality of cancer patients, the presence of neurotic and anxious-depressive symptoms were studied. The complex of measures of psychocorrection, psychotherapy and psychosocial rehabilitation of cancer patients was determined by the peculiarities of their life situation, the degree of manifestation of functional disorders of the organism, psychopathological and neurotic disorders, the level of quality of life and the presence of risk factors for formation of suicidal thoughts and trends.**

*Key words: neurological disorders, cancer patients, psychocorrection, psychotherapy.*

Поступила 22.12.2016