

УДК 616.89-008:441

Р. И. БЕЗРУК

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ, НАПРАВЛЕННОЙ НА СНИЖЕНИЕ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Оценены психопатологические изменения личности онкологических больных, проявления у них невротической тревожной и депрессивной симптоматики, приводящей к возрастанию суицидального риска. Комплекс мер психокоррекции и психотерапии у пациентов определялся наличием факторов риска формирования у них суицидальных мыслей и тенденций, а также особенностями жизненной ситуации, степенью выраженности психопатологических и невротических расстройств, уровнем снижения качества жизни. Его главной целью было повышение антисуицидального барьера личности, стрессоустойчивости онкологических пациентов.

Ключевые слова: психотерапия, невротические расстройства, суицидальный риск, онкологические больные.

В настоящее время в Украине ежегодно растет количество онкологических больных, этот показатель уже составил около 1 млн. Онкологическая патология как причина летального исхода занимает второе место в структуре смертности населения нашей страны после сердечно-сосудистых заболеваний. За последние пять лет уровень заболеваемости раком в Украине вырос с 333 до 349 случаев на 100 тысяч населения. Согласно данным Национального канцер-реестра Украины, количество зарегистрированных случаев онкологических заболеваний ежегодно увеличивается приблизительно на 140 тысяч, а смертей по этой причине — на 60 тысяч. По уточненной инфор-

мации за 2015 г. (кроме АР Крым, г. Севастополя, Донецкой и Луганской областей) количество впервые обнаруженных онкобольных составило 136 225, показатель заболеваемости — 375,70 на 100 тысяч населения, в частности 389,90 — среди мужчин и 363,40 — среди женщин. Наибольший удельный вес в структуре онкологической заболеваемости мужского населения Украины приходится на рак легких, предстательной железы, кожи, желудка и толстой кишки (в целом 56,4%), у женщин — рак молочной железы, кожи, тела и шейки матки и колоректальный рак (59,9%). В 2015 г. на учете в онкологических лечебно-профилактических учреждениях находилось 919 093 пациента [1, 2].

Наличие сочетанного действия у онкобольных неблагоприятных соматогенных, психогенных, социально-экономических факторов зачастую приводит к появлению у них невротических расстройств, чаще неврастенического, депрессивного и тревожно-фобического синдромов. В структуре выраженных депрессивного и тревожного синдромов у таких больных особенно важно диагностировать формирование суицидальных мыслей и тенденций и проводить своевременную психопрофилактику суицидальных поступков и поведения [2–5]. На сегодня нет достоверных данных по числу завершённых попыток суицида как в ранней, так и в поздней стадиях онкологического заболевания. Согласно литературным данным, суицидальный риск у онкобольных в 3 раза выше, чем у здоровых людей того же пола и возраста [3, 6, 7].

За период с 2013 по 2018 г. нами было обследовано и проведено психотерапевтическое лечение 105 онкологических пациентов в возрасте 25–55 лет (44 мужчин и 61 женщина) на базе поликлинического отделения «Клинического онкологического диспансера» (г. Днепр). Они составили основную группу исследования. Контрольную группу составили 50 больных с онкопатологией, у которых не было выявлено суицидальных мыслей, тенденций, поступков.

Целью нашего исследования было изучить психопатологическую феноменологию суицидального поведения онкологических больных и разработать принципы психотерапевтической тактики снижения у них суицидального риска и психопрофилактики суицидальных поступков. Дополнительно были изучены характерологические особенности пациентов, внутренняя картина болезни, выраженность невротических проявлений, типы суппортивных взаимоотношений членов семьи. В экспериментально-психологическое исследование входило

структурированное диагностическое интервью пациента и методики: шкалы тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, шкала депрессии Цунга, исследование акцентуации личности по методике Леонгарда — Шмишека, шкала оценки качества жизни ВОЗ (ВОЗ КЖ-100) (физическое здоровье, психологическое здоровье, социальные отношения и окружающая среда).

Согласно нашим клиническим наблюдениям выраженное действие на формирование невротических расстройств у онкобольных оказывали такие соматогенные факторы, как наличие быстрого злокачественного роста опухоли, интенсивная и хроническая боль, выраженность раковой интоксикации, проявление метастатических процессов, болезненные диагностические и лечебные процедуры. Среди патопсихологических реакций пациентов с онкологической патологией следует особо отметить формирование ларвированной депрессии, ситуативной тревоги, апатии, проявлений неврастении, а также своеобразный синдром «самоизоляции» на катамнестическом этапе. Больные зачастую имели фобии рецидива онкологического заболевания и метастазов опухолей, у них нарастала психологическая и психосоциальная дезадаптация, вызванная инвалидностью, значительно снижалось качество жизни.

Анализ данных экспериментально-психологических исследований и изучения эмоционального состояния пациентов основной группы показал, что у них чаще диагностировались низкие показатели настроения (+29,88%), по шкале Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина выявлен высокий уровень как реактивной тревоги, так и личностной тревожности (таблица).

Причем в основной группе у мужчин был больший показатель уровня реактивной тревоги ($70,45 \pm 3,39\%$) по сравнению с женщинами

Распределение уровней реактивной тревоги и личностной тревожности у обследованных основной и контрольной групп

Уровень	Основная группа				Контрольная группа, n = 50	
	мужчины, n = 44		женщины, n = 61		абс. ч.	%±m
	абс. ч.	%±m	абс. ч.	%±m		
<i>Реактивная тревога</i>						
Низкий	—	—	1	1,63±1,25	12	24,01±1,15
Умеренный	13	29,44±1,17	21	34,42±1,65	17	34,04±2,11
Высокий	32	70,45±3,39	39	63,95±2,07	21	41,85±1,25
<i>Личностная тревожность</i>						
Низкий	6	13,63±0,13	3	5,17±1,19	9	18,02±3,51
Умеренный	24	54,54±2,19	19	31,14±2,48	24	48,16±2,22
Высокий	14	31,81±3,91	39	63,69±1,39	34	68,82±1,37

(63,95±2,07%), а в контрольной группе довольно часто встречался умеренный (34,04±2,11%) и низкий показатели реактивной тревоги (24,01±1,15%). У мужчин основной группы была более выражена умеренная личностная тревожность (54,54±2,19%), а у женщин оставался ее высокий уровень (63,69±1,39%). В контрольной группе личностная тревожность достигла высокого уровня в 68,82±1,37 случаях, а умеренно — в 48,16±,22.

По шкале депрессии Цунга у 25% обследованных нами онкологических пациентов было выявлено депрессивное расстройство тяжелой формы, у 12% — легкой, у 7% — средней тяжести, у 3% — крайне тяжелой формы. У больных были выявлены преимущественно негативные эмоции подавленности, снижения настроения, тоски, угнетенности, они испытывали чувство одиночества, бесперспективности терапии и дальнейшей жизни, утрачивали жизненные и социальные интересы, стремились к изоляции от общения с окружающими и членами семьи, теряли активность и работоспособность.

В основной группе клинически установлены проявления невротических расстройств в виде неврастенического синдрома в 36% случаев, смешанного тревожного и депрессивного расстройств — в 30%, сочетанные расстройства — в 29%, депрессивного синдрома — в 17%, расстройств адаптации — в 14%, острой реакции на стресс — в 3%.

Оценивая динамику выраженности описанных симптомов и синдромов в процессе прохождения больными психотерапии, психокоррекции и фармакотерапии в клинике и сопоставляя ее с временным течением злокачественного процесса заболевания, мы отмечаем волнообразный характер выраженности невротических проявлений с двумя основными подъемами. Нарастание выраженности невротических расстройств и появление суицидального риска в поведении больного больше характерны для диагностического и предоперационного этапов — в моменты наибольшей напряженности стрессорирующих реактивных и внутриличностных факторов.

Суицидальные мысли и высокий суицидальный риск чаще наблюдались у больных с распространенными формами злокачественных новообразований, в лечении которых возможности противоопухолевой терапии практически были исчерпаны, если заболевание протекало более трех лет, у одиноких и разведенных пациентов с недостаточной группой поддержки в социуме.

При изучении внутренней картины болезни онкологических больных с суицидальным риском чаще встречались такие типы реагирования на нее,

как анозогнозия и ипохондрический. Нередко онкобольные с суицидальными мыслями делали вывод, что не стоит терпеть боли, мучения тяжелых медицинских манипуляций и операций, говорили о необходимости перестать быть обузой семье, вводить родственников в значительные материальные затраты по их лечению и уходу.

Общий показатель качества жизни пациентов основной группы оказался существенно сниженным (56,5±1,41 балла). Характерной особенностью были сниженные показатели эмоционального благополучия (8,4±2,36 балла) и работоспособности (8,8±2,16 балла), общественной служебной поддержки (5,2±0,6 балла), духовной реализации (3,1±1,84 балла).

Основными принципами психотерапии и психопрофилактики онкобольных с высоким суицидальным риском были этапность, пролонгированность, недирективность, создание фокуса внимания на реальных актуальных задачах повседневной жизни. Особенно важными для формирования психотерапевтического комплайенса и эффективности психотерапии оставались поддерживающие и развивающиеся отношения между участниками терапевтического и психотерапевтического процесса, групповая динамика на всех этапах перестройки отношений пациента с семьей, окружающими людьми и кругом социальной и психологической поддержки. Сложными оказались выявление и психопрофилактика формирования суицидальных мыслей и тенденций, которые были зачастую обусловлены психологическим фактором субъективного повода для совершения суицида. К появлению суицидальных тенденций приводили как глубоко трагические и психотравмирующие события в жизни онкологических больных, так и обычные жизненные сложности на работе, в семье или отсутствие положительной динамики в терапевтическом процессе. Нами применялись гипносуггестивная, позитивная, когнитивно-бихевиоральная индивидуальная и групповая психотерапия, а также проводилась психообразовательная работа. В психотерапию был заложен гуманистический принцип помощи пациенту, направленный на решение вопроса улучшения его выживания как важной проблемы современного социума. Психокоррекционную программу мы рассматривали как средство, которое способствует повышению качества жизни онкобольного.

Учитывая полученные нами данные экспериментально-психологического обследования онкологических пациентов с суицидальными мыслями, фобиями, планами и низкие показатели шкалы качества их жизни, можно сделать вывод, что особенностью психотерапии и психопрофилактики у них является необходимость учитывать

степень суицидального риска, а не только сложную жизненную ситуацию больного и его семьи, степень выраженности функциональных нарушений его организма. Методы психотерапии должны быть сфокусированы на снижении выраженности невротических расстройств, особенно депрессивных и тревожных проявлений. Весь комплекс психотерапевтических и психопрофилактических процедур следует направить на повышение анти-суицидального барьера личности, укрепление стрессоустойчивости онкологического пациента.

Список литературы

1. Журбенко А. В. Оцінка виконання бюджетної онкологічної програми. Практичний аспект і філософія рішення / А. В. Журбенко, Ю. І. Михайлович // Клиническая онкология.— 2017.— № 3 (27).— С. 6–10.
2. Рак в Україні, 2015–2016. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби / З. П. Федоренко, Ю. Й. Михайлович, Л. О. Гулак [та ін.] // Бюл. Національного канцер-реєстру України.— К., 2017.— 130 с.
3. Психотерапия: учеб. пособ.; под ред. В. К. Шамя, В. И. Курпатов.— СПб.: СпецЛит, 2012.— 496 с.
4. Развитие сибирской психоонкологии / В. Я. Семке, Е. Л. Чойнзон, И. Е. Куприянова, Л. Н. Балацкая.— Томск: Изд-во Томского гос. ун-та, 2008.— 198 с.
5. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология / Л. Н. Юрьева.— Днепропетровск: Пороги, 2006.— 470 с.
6. Sakinofsky I. Repetition of suicidal behaviour / I. Sakinofsky // The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide; ed. Keith Hawton & Kees van Heeringen.— N. Y.: John Wiley & Sons Ltd, 2002.— P. 385–404.
7. Мішнев В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішнев.— Львів: МС, 2004.— 208 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ, СПРЯМОВАНОЇ НА ЗНИЖЕННЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ

Р. І. БЕЗРУК

Оцінено психопатологічні зміни особистості онкологічних хворих, прояви у них невротичної тривожної і депресивної симптоматики, яка призводила до зростання суїцидального ризику. Комплекс заходів психокорекції і психотерапії у пацієнтів визначався наявністю чинників ризику формування у них суїцидальних думок і тенденцій, а також особливостями життєвої ситуації, ступенем вираженості психопатологічних і невротичних розладів, рівнем зниження якості життя. Його головною метою було підвищення антисуїцидального бар'єру особистості, стресостійкості онкологічних пацієнтів.

Ключеві слова: психотерапія, невротичні розлади, суїцидальний ризик, онкологічні хворі.

THE FEATURES OF PSYCHOTHERAPY FOR NEUROTIC DISORDERS, AIMED AT REDUCING SUICIDAL RISK IN CANCER PATIENTS

R. I. BEZRUK

The psychopathological changes of the personality of cancer patients, manifestations of neurotic anxiety and depressive symptoms, which led to increased suicidal risk, was evaluated. The complex of measures of psychocorrection and psychotherapy in the patients was determined by the presence of risk factors of formation of suicidal thoughts and tendencies in them, as well as the peculiarities of the life situation, the degree of severity of psychopathological and neurotic disorders, and the level of quality of life. Its main goal was to increase the anti-suicidal barrier of personality, stress-resistance of cancer patients.

Key words: psychotherapy, neurotic disorders, suicidal risk, cancer patients.

Поступила 05.01.2018