

Некоторые психологические характеристики онкобольных в связи с особенностями психокоррекционной работы

*Н.З. Кайгородова¹, О.М. Любимова¹, В.Д. Петрова²,
О.В. Парамонова²*

¹ Алтайский государственный университет (Барнаул, Россия)

² Алтайский краевой онкологический диспансер (Барнаул, Россия)

Some Psychological Characteristics of Cancer Patients and the Peculiarities of Psycho-Correction Activity

*N.Z. Kaigorodova¹, O.M. Lyubimova¹, V.D. Petrova²,
O.V. Paramonova²*

¹ Altai State University (Barnaul, Russia)

² Altai Regional Oncology Center (Barnaul, Russia)

В работе было проведено сравнительное исследование эффективности двух подходов в психотерапии онкобольных: 1) комплексная терапия: медикаментозное лечение, групповая психотерапия с блоками и приемами релаксации, визуализации, психоэмоциональной саморегуляции, арттерапии, индивидуальных встреч для проработки отдельных аспектов посредством когнитивно-бихевиоральной терапии; 2) та же комплексная терапия, которая сочеталась с клубной терапией: фитотерапия, терапия средой, музыкотерапия, литотерапия, иппотерапия, терапия творческим самовыражением по методике Бурно и т.д. Тестовая батарея включала в себя следующие методики: торонтская алекситимическая шкала; опросник SF-36 для оценки качества жизни; тест тревоги и депрессии Цунга; шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга — Ханина; тест на оценку суггестивности; семантический дифференциал Ч. Осгуда. У всех больных по субъективным оценкам наблюдалось улучшение психического состояния, более выраженное во второй группе, что проявилось в достоверно более низком уровне депрессии и алекситимии, оптимальном уровне ситуативной тревожности и в более высоких показателях качества жизни. На этом фоне у большинства больных выявлена стабилизация основного заболевания. Как показали полученные результаты, эффект психотерапии определялся динамикой уровня личностной тревожности.

Ключевые слова: онкологические заболевания, комплексная психотерапия, клубная психотерапия, депрессия, реактивная и личностная тревожность, алекситимия, качество жизни.

DOI 10.14258/izvasu(2014)2.2-02

The paper presents a comparative study of the effectiveness of the two approaches in psychotherapy for cancer patients: 1) combination therapy: drug therapy, group psychotherapy with blocks and techniques of relaxation, imaging, psychological and emotional self-regulation, art therapy, individual meetings on particular issues through cognitive-behavioral therapy; 2) the same complex therapy, combined with the club therapy: phytotherapy, environmental therapy, music therapy, lithotherapy, hippotherapy, the Bruno therapy of creative expression etc. The test battery consisted of the following methods: The Toronto Alexithymia Scale; SF-36 questionnaire to assess quality of life; the Tsung anxiety and depression test; the Spielberger — Hanin scale reactive and personal anxiety; a test to assess the suggestiveness; the Ch.Osguda semantic differential. All the patients reported subjective improvement in mental state, more pronounced in the second group, which was manifested in significantly lower levels of depression and alexithymia, the optimal level of situational anxiety and higher quality of life indicators. Against this background, most patients demonstrated stabilization of the underlying disease. The obtained results indicate that psychotherapy effect determines the dynamics of personal anxiety level.

Key words: cancer, comprehensive psychotherapy, psychotherapy club, depression, reactive and personal anxiety, alexithymia, quality of life.

Любое тяжелое заболевание, в том числе и онкологическое, накладывает отпечаток на психическое и психологическое состояние человека. Перенесенное оперативное вмешательство, сложные лечебные процедуры являются тяжелым испытанием, которое приводит человека в стрессовое состояние. Поэтому важным направлением реабилитации больных является их психологическое сопровождение. Значимость такого сопровождения возрастает в связи с тем, что имеются исследования, подтверждающие зависимость лечебного эффекта от психического и психологического состояния больных [1, 2, 3 и др.]. Следовательно, необходим поиск наиболее эффективных подходов в психотерапии таких пациентов. Реабилитация онкологических больных является важной проблемой, которой посвящен целый ряд исследований [4, 5, 6 и др.]. Несмотря на имеющиеся в литературе данные, этот вопрос нельзя отнести к однозначно решенным.

В связи со сказанным целью исследования является выявление психологических особенностей онкобольных, прошедших различные курсы психотерапии.

Исследование проводилось на базе краевого онкологического центра «Надежда» (г. Барнаул). В исследовании принимали участие 26 человек (18 больных и 8 здоровых), которые были поделены на три группы:

1-я группа — онкобольные, у которых проводилась комплексная терапия: медикаментозное лечение, групповая психотерапия: релаксация, визуализация, психоэмоциональная саморегуляция, арттерапия, индивидуальная когнитивно-бихевиоральная терапия;

2-я группа — онкобольные, у которых проводилась комплексная терапия в сочетании с клубной терапией: фитотерапия, терапия средой, музыкотерапия, литотерапия, иппотерапия, терапия творческим самовыражением по методике Бурно и т. д.;

3-я группа — студенты заочного отделения факультета психологии и педагогики Алтайского госуниверситета перед защитой дипломной работы.

Клинико-эпидемиологические исследования, проведенные рядом ученых, показывают, что среди более выраженных психических нарушений у онкобольных значительный удельный вес занимают невротические (астеноневротические, тревожно-фобические и соматоформные расстройства), аффективные расстройства (по типу апатических, тревожных, ипохондрических или маскированных депрессий) и реакции типа посттравматического стрессорного расстройства [2, 5, 6, 7].

Анализ психотерапевтических диагнозов онкобольных, поставленных психотерапевтом на начало психотерапевтической коррекции, показал (табл. 1), что как в первой, так и во второй группе в большей степени было представлено смешанное тревожно-депрессивное расстройство (СТДР) — 44,4% и 88,9% соответственно. В связи с этим был прове-

ден анализ уровня депрессии с помощью методики Цунга, личностной и реактивной тревожности — по Спилбергеру — Ханину.

Таблица 1

Психотерапевтические диагнозы онкобольных, поставленные психотерапевтом на начало психотерапевтической коррекции

Диагноз	Группа 1	Группа 2
СТДР	44,4%	88,9%
ТФР	33,3%	—
ОЭЛР	22,2%	11,1%

Примечание: СТДР — смешанное тревожно-депрессивное расстройство, ТФР — тревожно-фобическое расстройство, ОЭЛР — органическое эмоционально-лабильное расстройство.

Поскольку эффект психотерапии во многом зависит от внушаемости пациента, то у онкобольных определяли выраженность суггестивности [8].

Онкоболезни в настоящее время относят к психосоматическим заболеваниям. Одна из моделей развития психосоматических заболеваний предложена П. Сифнеосом [9] и носит название «алекситимия». Человек, имеющий подобную особенность личности, плохо ориентируется в собственных эмоциях и не способен словесно описать свое эмоциональное состояние — своего рода «эмоциональная глухонмота». Эта особенность человека приводит к тому, что эмоции вытесняются. Накопление телесных проявлений неотреагированных, не получивших разрядки эмоций и приводит в конечном счете к развитию психосоматических заболеваний. Действует как бы своеобразный «закон сохранения» в отношении эмоций: когда человек не может выразить свои чувства словами, он выражает их телом. Современные медико-психологические исследования алекситимии выявляют все большую роль, которую она играет в развитии многих психосоматических заболеваний [10]. В связи с этим нами была проведена оценка алекситимии в сравниваемых группах опрошенных с помощью торонтской алекситимической шкалы (TAS-26), которая была адаптирована в НИИ им. Бехтерева [11].

В онкологии важной является оценка качества жизни больного [4, 12 и др.]. Определено, что качество жизни — второй по значимости критерий оценки результатов лечения после выживаемости и является более важным показателем, чем первичный опухолевый ответ. Поэтому в сравниваемых группах осуществлялась оценка качества жизни по опроснику SF-36 [13].

Полученные результаты подвергались математической обработке с помощью пакета программ Excel 2003 (вариационная статистика и корреляционный анализ).

Сравнение выборок осуществлялось с помощью непараметрического критерия Манна — Уитни.

После завершения психотерапевтической работы была проведена оценка психологического состояния респондентов. Как показывает таблица 2, результаты психотерапевтической работы по субъективной оценке больных несколько различались.

Таблица 2
Субъективный эффект психотерапевтической коррекции, %

Эффект	Группа 1	Группа 2
Улучшение состояния	89,9	100
Временное улучшение	11,1	

Анализ исследуемых психологических особенностей в сравниваемых группах респондентов обнаружил наличие достоверных различий по таким показателям, как выраженность депрессии, реактивной тревожности и алекситимии.

Первая группа обследуемых характеризовалась более выраженной депрессией по сравнению со второй группой ($49,8 \pm 2,3$ и $40,8 \pm 4,1$ при $p \leq 0,01$, табл. 3). Высокий показатель депрессии в контрольной группе, на наш взгляд, можно объяснить текущей ситуацией, в которой находились студенты, — это накопившаяся усталость, вызванная сдачей государственных экзаменов и защитой дипломной работы.

При этом в этих же группах (1-я и 3-я) реактивная тревожность в среднем была на низком уровне, а во второй — на среднем (табл. 3). Возможно, низкая тревожность является результатом активного вытеснения личностью высокой тревоги с целью показать себя «в лучшем свете».

Из литературы известно, что на всех стадиях онкологического процесса у больных присутствует эмоциональное напряжение, которое формирует психогенные реакции, качественно отражающие пре-

морбидные особенности личности. Высокий процент в их структуре принадлежит депрессии и тревоге [7].

Тревога у онкобольных нередко связана с проявляющимися симптомами заболевания и проводимым лечением. Таким образом, результаты и первого и второго терапевтических подходов оказались эффективными, но положительная динамика сильнее проявилась при сочетании комплексной и клубной терапии.

Как видно из таблицы 3, выраженность алекситимии достоверно ниже была в группе здоровых лиц. Алекситимия — это не болезнь, а особенность развития личности, заключающаяся в плохом анализе собственных эмоций (агрессии в случае гнева, плача в случае горя и т. д.), что осложняет их реализацию. Эмоции как бы накапливаются, что может привести к развитию психосоматических заболеваний. Алекситимия имеет разное происхождение. Примером может служить посттравматическая реакция, состояние вследствие пережитого стресса, длительной депрессии, как защитная реакция организма на агрессию внешнего мира [10, 14 и др.].

Тревога и депрессия негативно влияют на качество жизни и обратное развитие онкологического процесса [2, 3]. В таблице 4 представлены результаты измерения ряда показателей качества здоровья в сравниваемых группах респондентов.

Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения — физический компонент здоровья (1–4-я шкалы) и психический компонент здоровья (5–8-я шкалы).

1. Физическое функционирование (ФФ), отражающее степень, в которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья. Высокие показатели по этой особенности качества жизни в большей степени были выявлены в контрольной группе (100%), а в меньшей — в 1-й группе обследованных лиц (66,7%).

Таблица 3

Психологические особенности респондентов сравниваемых групп

	Группа 1	Группа 2	Группа 3	Достоверность различий
Суггестивность	$41,2 \pm 4,8$	$39,6 \pm 5,3$	$35,4 \pm 5,7$	Нет
Депрессия	$49,8 \pm 2,3$	$40,8 \pm 4,1$	$50,6 \pm 2,4$	1–2 ($p \leq 0,01$), 2–4 ($p \leq 0,01$)
Личностная тревожность	$47,3 \pm 5,0$	$45,4 \pm 5,2$	$42,9 \pm 4,0$	
Реактивная тревожность	$23,4 \pm 4,3$	$39,2 \pm 5,1$	$28,1 \pm 10,8$	1–2 ($p \leq 0,01$), 2–4 ($p \leq 0,05$)
Алекситимия	$68,8 \pm 3,8$	$65,7 \pm 4,1$	$58,4 \pm 4,8$	1–4 ($p \leq 0,05$), 2–4 ($p \leq 0,05$)

Особенности качества жизни респондентов сравниваемых групп, %

Показатель	Уровень	Группа 1	Группа 2	Группа 3
ФФ	Высокий	66,7	77,8	100
	Средний	11,1	22,2	0
	Низкий	22,2	0	0
РФ	Высокий	44,4	22,2	60
	Средний	0	11,1	0
	Низкий	55,6	66,7	40
БФ	Высокий	66,7	88,9	80
	Средний	0	11,1	20
	Низкий	33,3	0	0
ОЗ	Высокий	33,3	55,5	80
	Средний	55,5	33,3	20
	Низкий	11,1	0	0
ЖС	Высокий	22,2	33,3	60
	Средний	55,5	44,4	40
	Низкий	11,1	11,1	0
СФ	Высокий	66,7	66,7	80
	Средний	0	22,2	20
	Низкий	33,3	11,1	0
РЭ	Высокий	66,7	44,4	40
	Средний	0	0	0
	Низкий	33,3	66,7	60
ПЗ	Высокий	55,6	88,9	60
	Средний	22,2	11,1	40
	Низкий	22,2	0	0

2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФ), — влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента. Высокие показатели по этой характеристике качества жизни в большей степени были выявлены в контрольной группе (60%), а в меньшей — во 2-й группе обследованных лиц (22,2%). Низкие значения РФ были представлены у большинства опрошенных из 2-й группы (66,7%) и 1-й группы (55,6%)

3. Интенсивность боли (БФ) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента. Во всех группах доминировали высокие показатели по этой шкале (66,7%, 88,9% и 80% соответственно). Низкие значения показателя БФ были выявлены лишь в первой группе.

4. Общее состояние здоровья (ОЗ) — оценка своим состоянием здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья. Высокая само-

оценка состояния здоровья наблюдается у большинства опрошенных из контрольной группы, что закономерно (80%). Во 2-й группе у 55,5% респондентов также обнаружены высокие значения ОЗ. Хуже всего свое здоровье оценивают в 1-й группе (лишь у 33,3% опрошенных выявлены высокие баллы по этой шкале).

5. Жизненная активность (ЖС) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обеспокоенным. Низкие баллы свидетельствуют о снижении жизненной активности. Высокие баллы по этой шкале обнаружены в группе здоровых (у 60%). Во 2-й группе показатель ЖС у большего числа опрошенных (33,3%) оказался на более высоком уровне, чем в 1-й (22,2%).

6. Социальное функционирование (СФ) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность. Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Высокие баллы по СФ обнаружены у большинства опрошенных из 1-й группы (80%), а низкие баллы — в 1-й группе (у 33,3% респондентов).

7. Ролевое функционирование (РЭ) предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние

Значимые ($p \leq 0,05$) корреляционные связи между исследованными показателями

	Сугг	ЛТ	РТ	Алек	ФФ	РФ	БФ	ОЗ	ЖС	СФ	РЭ	ПЗ
Сугг						0,36					0,48	
ЛТ				0,50			-0,32	-0,54	-0,49	-0,45	-0,53	-0,61
РТ						-0,37				-0,41		

Обозначения: сугг — суггестивность, ЛТ — личностная тревожность, РТ — реактивная тревожность, алек — алекситимия, ФФ — физическое функционирование, РФ — ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, БФ — интенсивность боли, ОЗ — общее состояние здоровья, ЖС — жизненная активность, СФ — социальное функционирование, РЭ — ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, ПЗ — психическое здоровье

мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности. Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. В большей степени низкие значения РФ представлены во 2-й (66,7%) и 3-й (60,0%) группах.

8. Психическое здоровье (ПЗ). Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии. Наиболее выражены высокие баллы по этой шкале во 2-й группе (88,9%), что свидетельствует о психическом благополучии у респондентов этой группы.

Расчет коэффициентов корреляции между измеряемыми параметрами психического и психологического состояния больных (табл. 5) обнаружил, что высокие баллы по большинству исследованных шкал качества жизни были связаны с низким уровнем личностной и реактивной тревожности

и высоким уровнем внушаемости респондентов, что, на наш взгляд, необходимо учитывать в психотерапевтической работе.

Таким образом, у всех больных по субъективным оценкам наблюдалось улучшение психического и психологического состояния, более выраженное во второй группе, что проявилось в достоверно более низком уровне депрессии и алекситимии, оптимальном уровне ситуативной тревожности. На этом фоне у большинства больных выявлена стабилизация основного заболевания. Качество жизни по большинству исследованных показателей было выше во второй группе. По-видимому, клубная терапия, ориентированная на повышение социальной активности онкобольных, улучшает качество их жизни, что способствует нормализации их психического и психологического состояния. Как показали полученные результаты, эффект психотерапии определялся динамикой уровня личностной тревожности.

Библиографический список

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. — М., 2002.
2. Володин Б.Ю., Петров С.С., Куликова Е.П., Новиков В.В. Депрессия и рак // Рос. психиатр. журн. — 2004. — № 6.
3. Шмалько Ю.Л. Роль стрессорных факторов в метастазировании злокачественных опухолей: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев, 1988.
4. Асеев А.В., Васютков В.Л. Качество жизни больных раком молочной железы. — Тверь, 1999.
5. Бехер О.А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Томск, 2011.
6. Терентьев И.Г., Алясова А.В., Трошин В.Д. Нервно-психические расстройства у больных раком молочной железы. — Н. Новгород, 2004.
7. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практическая онкология. — 2001. — № 1 (5).
8. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности. — СПб., 2003.
9. Sifneos, P.E. Alexithymia: Past and present // American Journal of Psychiatry. — 1996. — № 153.
10. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Проблема алекситимии в контексте поведенческих концепций психосоматических расстройств // Телесность человека: междисциплинарные исследования. — М., 1993.
11. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: пособие для врачей и медицинских психологов / НИПНИ им. Бехтерева. — М., 2005.
12. Шарафутдинов М.Г., Новиков Г.А., Модников О.П. Качество жизни в оценке эффективности паллиативной помощи онкологическим больным // Тюменский медицинский журнал. — 2001. — № 1.
13. Опросник SF-36 (русскоязычная версия, созданная и рекомендованная МЦИКЖ) [Электронный ресурс]. — URL : www.gepatit.alllipetsk.ru
14. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии // Журнал социальной и клинической психиатрии. — 2003. — № 1.