

*В.А. Чулкова^{1,2,3}, Т.Ю. Семиглазова^{1,2}, М.В. Вагайцева¹, А.П. Карицкий¹, Е.В. Демин¹,
В.В. Федорова², К.А. Кондратьева¹, Е.В. Пестерева¹, А.М. Беляев^{1,2}*

Исследование эмоционального напряжения у онкологических больных и психологическая реабилитация

¹ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России,

²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России,

³ФГБУ ВПО СПбГУ,
Санкт-Петербург

Психологическая реабилитация – неотъемлемая часть реабилитации онкологического больного, направлена на адаптацию его к ситуации заболевания и способствует повышению качества жизни больного. Концептуальный подход в осмыслении ситуации онкологического заболевания как экстремальной и (или) кризисной и определение динамики психологического состояния больного позволяют дифференцированно подходить при оказании ему профессиональной психологической помощи. Анализируются результаты исследования эмоционального напряжения у онкологических больных, проведенного с помощью модифицированной шкалы самооценки уровня дистресса (IPOS). Выделены группы онкологических больных, наиболее остро нуждающихся в профессиональной психологической помощи. Излагаются результаты психологического исследования одной из таких групп – больных раком молочной железы.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, онкологические больные, экстремальная и кризисная ситуация, переживание, эмоциональное напряжение, профессиональная психологическая помощь

Целью психологической реабилитации онкологического больного является адаптация его к ситуации заболевания, состоящая в возможности жить в условиях болезни независимо от ее течения [1, 2, 3]. В основе психологической реабилитации онкологического больного лежит концептуальный подход, сформированный в результате многолетнего опыта психологических исследований и психологического консультирования онкологических больных медицинскими психологами и сотрудниками НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций СПбГУ и лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева. Сутью такого подхода является понимание онкологического заболевания как экстремальной и (или) кризисной жизненной ситуации [8]. Сверхсильные и мучительные переживания больного в ситуации онкологического за-

болевания создают угрозу его психической травматизации, согласно DSM-IV (1994 г.), ведущему критерию при диагностировании посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [5]. Таким образом, онкологическое заболевание проявляется не только на соматическом уровне, оно отражается на эмоциональном, психологическом и духовном уровнях больного, для которых характерны свои специфические проблемы и переживания. Психофармакологическая помощь, направленная на актуальное эмоциональное состояние пациента, как правило, носит кратковременный характер. При этом не происходит переживания травмирующей ситуации, которое необходимо для принятия больным злокачественного характера заболевания, и отсутствует осознание пациентом болезни на психологическом и духовном уровнях.

Психологические исследования онкологических больных указывают на то, что наиболее тяжелыми для пациента являются этапы диагностики и госпитализации в клинику [4, 8]. 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, 8]. Мировой стандарт оказания психологической помощи в онкологии включает в себя психологическое сопровождение пациентов [6]. Одной из форм такого сопровождения является экстренная профессиональная психологическая помощь больному [7].

Материалы и методы

В 2016 г. в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова было предпринято исследование уровня эмоционального напряжения пациентов, находящихся на этапах диагностики и госпитализации в стационар с целью выделения групп онкологических

больных, наиболее нуждающихся в психологической помощи. Следующий этап исследования включал в себя прицельное изучение содержания эмоционального напряжения у «лидирующих» по этому показателю групп больных.

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 [9]. В модифицированной нами методике самооценки дистресса термин «дистресс» заменен термином «переживание», который оказался 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.

Результаты исследования и обсуждение

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.

Результаты данных, собранных среди амбулаторных пациентов (n=2113), отражают следующую тенденцию: вне нормативный уровень переживаний в связи с болезнью отмечает 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 года).

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 70 лет.

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 обработанных бланков, заполненных пациентами при поступлении (n=2000) 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.

Результаты исследования уровня переживаний пациентов дневного стационара и родителей пациентов детского отделения с вышеуказанными данными не сопоставлялись.

В целом, результаты исследования эмоционального напряжения у пациентов амбулаторного этапа и стационара выявили общую тенденцию: для более 40% онкологических пациентов, обратившихся за медицинской помощью в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, характерен повышенный 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. Эти данные соответствуют данным мировых исследований в психологии.

Обращает на себя внимание возрастное соотношение пациентов. Большинство из них находятся в 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.

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. В связи с этим, больные РМЖ были дополнительно исследованы с помощью клиничко-психологического метода — клинической беседы и экспериментально-психологического метода, включающего в себя известные психодиагностические тесты: тип отношения к болезни — ТОБОЛ (НИПНИ им. В.М. Бехтерева); Госпитальную шкалу тревоги и депрессии Зигмунда-Снейлза; Психологическую диагностику совладающего со стрессом поведения (НИПНИ им. В.М.Бехтерева); Шкалу базисных убеждений R. Janoff-Bulman в модификации М.А. Падун, А.В. Котельниковой.

В исследование включены 35 пациенток в возрасте от 32 до 66 лет (средний возраст — 51,5 года), находившихся на лечении в отделении опухолей молочной железы. На момент исследования 74,3 % больных находились в послеоперационном периоде. Больные испытывали разочарование в том, что диагноз подтвердился, а объем оперативного вмешательства в большинстве случаев не был ограниченным и заключался в удалении молочной железы. Они ожидали результатов гистологического исследования оперативного материала, на основании которого будет сформулирован окончательный диагноз, определен характер и длительность последующих методов лечения.

Наиболее часто встречающиеся реакции больных РМЖ при обнаружении заболевания: шок (54,8%), страх (19,4%), отрицание (16,1%). На существование психологического компонента, являющегося в определенной степени, по мнению больных, причиной болезни, указали 69,7% пациенток. Во время исследования 42,9% больных сообщили, что не испытывали страха, связанного с лечением и его осложнениями, у других — 57,1 % больных — присутствовало чувство страха, чаще связанного с ожиданием боли и изменения внешности.

Считали, что получали поддержку на этапе от обнаружения заболевания до поступления в стационар и она им помогала — 77,1% больных. Обычно поддержка носила социальный-бытовой характер и выражалась в том, что им помогали добраться до поликлиники или стационара, которые часто находились в другом городе, попасть на прием к врачу, найти место проживания в Санкт-Петербурге на время лечения и др. Но, как было сказано выше, 74,2 % больных испытывали шок и страх после того, как узнавали о своем диагнозе, и на этом этапе в необходимой мере психологической поддержки у них

не было. Больные считали, что более всего их поддерживали друзья и дети, а они нуждались в психологической поддержке мужей и врачей.

Вся группа обследованных пациенток, в зависимости от их мнения о необходимости профессиональной психологической помощи, разделилась на три группы: первая группа (14 человек) — пациентки считали, что профессиональная психологическая помощь нужна, вторая группа (14 человек) — предполагали, что профессиональная психологическая помощь не нужна, третья группа (7 человек) — больные еще не определились в отношении необходимости профессиональной психологической помощи.

С помощью экспериментально-психологического метода были получены следующие данные. Применение методики ТОБОЛ показало, что среди обследованных пациентов наиболее часто встречаются эргопатический (85%) и сенситивный (25%) типы отношения к болезни, что свидетельствует, с одной стороны, об активности и стремлении больных справиться с болезнью и ее последствиями, а с другой — о их чувствительности и ранимости во всем, что связано с ней. Эти данные предполагают необходимость профессиональной психологической помощи больным. Достоверных различий между группами не было.

При исследовании тревоги и депрессии (госпитальная шкала) было получено достоверное различие ($p < 0,05$) средних значений выраженности тревоги в этих группах: наибольшее значение показателя тревоги выявлено в группе пациентов, которые ещё не определились в отношении необходимости помощи медицинского психолога, наименьшее — в группе пациентов, которые считают, что им профессиональная психологическая помощь не нужна.

Использование методики «Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения» показало достоверное различие ($p < 0,05$) средних значений по двум типам стратегий совладающего поведения: поиску социальной поддержки и положительной переоценке. По тому и другому виду стратегий совладающего поведения наибольшее среднее значение этих показателей выявлено в группе пациентов, которые считают, что им профессиональная психологическая помощь не нужна, наименьшее — в группе пациентов, которые ещё не определились в отношении необходимости помощи медицинского психолога.

При анализе средних значений баллов по каждой характеристике «Шкалы базисных убеждений» получается, что наименьшие средние значения соответствуют субшкалам «Справедливость» (21,8 баллов), «Убеждение о контроле» (26,6 баллов) и «Образ Я» (29,9 баллов). Полученные данные позволяют предположить, что именно эти базисные убеждения пострадали

при психической травме, связанной с онкологическим заболеванием, у исследуемой группы пациенток. Достоверных различий между больными трех групп не получено. Однако, наибольшее различие между средними значениями для трех групп, разделенных по принципу нуждаемости в профессиональной психологической помощи, выявлено для характеристики «Образ «Я».

Таким образом, исследование представлений больных РМЖ о психологической поддержке выявило, что больные нуждаются в психологической поддержке, но чаще всего она носит социально-бытовой характер. Пациенты считают, что окружающие не понимают их чувств, переживаний, сомнений и страхов, и они хотят, чтобы с ними об этом говорили, но психологическая поддержка со стороны ближайших родственников и лечащих врачей является недостаточной и неэффективной. Вместе с тем, больные в большинстве своем не рассматривают в качестве источника психологической поддержки профессиональную психологическую помощь и не воспринимают себя как активных участников процесса оказания им психологической поддержки.

В заключение, необходимо отметить, что есть убедительные доказательства, полученные в результате оценки уровня переживаний онкологических больных и исследования больных РМЖ с помощью клинико-психологического и экспериментально-психологического методов, того, что онкологическим больным нужна профессиональная психологическая помощь. Однако, 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. Проведение же исследования эмоционального напряжения пациентов позволяет плодотворно решать три задачи в работе психологической службы – изучить общую ситуацию эмоционального напряжения онкологических больных, оказать экстренную психологическую помощь тем пациентам, которые в ней остро нуждаются, а также упрочить профессиональную взаимосвязь врача-онколога и медицинского психолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.
2. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии / Н.Н. Петров. — Ленинград: Наркомздрав СССР; Гос. ордена Ленина институт усовершенствования врачей им. С.М. Кирова, 1945. – 60 с.

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. – Т. 1. – № 2. – С. 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. Тарабрина Н.В., Ворона О.В., Курчакова М.С. и др. Онкопсихология: посттравматический стресс у больных раком молочной железы. – М: Институт психологии РАН, 2010.
6. 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, 2013. – С. 8-14.
7. Чулкова В.А., Пестерева Е.В. Врач и медицинский психолог: взаимодополняющие подходы при оказании психологической помощи онкологическому пациенту // Вопросы онкологии. – 2014. – Т. 60. – № 2. – С. 94-98.
8. 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.
9. <http://www.ipos-society.org/>

Поступила в редакцию 19.01.2017 г.

*V.A. Chulkova^{1,2,3}, T.Yu. Semiglazova^{1,2},
M.V. Vagaitseva¹, A.P. Karitsky¹, E.V. Demin¹,
V.V. Fedorova², K.A. Kondratieva¹, E.V. Pestereva¹,
A.M. Belyaev^{1,2}*

Psychological rehabilitation and screening of emotional stress in cancer patients

¹N.N. Petrov Research Institute of Oncology
²I.I. Mechnikov North-West State Medical University
³St. Petersburg State University
St.-Petersburg

Psychological rehabilitation is an integral part of rehabilitation of a cancer patient. Psychological rehabilitation is aimed at a patient adaptation in the situation of the disease and improvement his quality of life. Understanding of an oncological disease is extreme and (or) crisis situation and monitoring dynamics of the psychological statement of a patient allows using differentiated approach in the provision of professional psychological assistance. The modified scale of self-esteem level of distress (IPOS) was used for screening of mental and emotional stress of cancer patients. There were selected groups of cancer patients who were most in need of professional psychological assistance. Results of a psychological study of one of these groups — breast cancer patients — are presented.

Key words: psychological rehabilitation, cancer patients, extreme and crisis situation, emotion, emotional stress, professional psychological assistance