

## 1. Статья

### **Психологическое исследование больных раком желудочно-кишечного тракта**

Онкопсихология для врачей-онкологов и медицинских психологов. Руководство // А.М. Беляев и коллектив авторов / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. - СПб: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017.

(по материалам работы Шиповникова Н.Б.) Пестерева Е.В., Кондратьева К.О

До сих пор, к сожалению, у большинства больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта удаление опухолевого очага достигается путем калечащей операции и других агрессивных методов лечения, что приводит к функциональным нарушениям и эмоциональным расстройствам. Приспособление к новым сторонам измененного функционирования (вынужденная резкая смена привычных особенностей питания, строгая диета, необходимость тщательно следить за физиологическими отправлениями) сопровождается глубокими переживаниями больного, страхом утраты ценности своего «Я» в глазах других, включая членов семьи. Все это позволяет считать изучение личностных особенностей пациентов с данной патологией чрезвычайно актуальным вопросом.

Было обследовано 250 больных (средний возраст  $57 \pm 1,2$ ) находившихся на лечении на отделении опухолей желудочно-кишечного тракта НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, из них 67 больных раком желудка и 183 больных раком прямой кишки. Исследование больных проходило при поступлении в онкологический стационар, перед хирургическим вмешательством и при выписке с отделения.

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний пациентов и определялась степень психологической компенсации больного,

которая означала оценку уровня его психологической приспособленности к заболеванию за счет психологических ресурсов личности (приложение 4).

Экспериментально-психологический метод включал тест на изучение тревожности больного (ситуативная и личностная тревога) Спилбергера-Ханина [4] и Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРП), определяющий личностный профиль по десяти базовым шкалам, позволяющим судить о характеристике личности больного и оценить его состояние [1, 3] (приложение 5).

Клинико-психологическая беседа показала, что большинство пациентов, страдающих раком желудка и прямой кишки, отмечали, что диагностический этап для них являлся, хотя и кратковременным, но *«самым тяжелым периодом»*. Первоначальная реакция при сообщении о диагнозе и необходимости хирургического вмешательства в виде тревоги преобладала у 56,4% больных, причем более выраженной она была у больных раком желудка. Акцентирование внимания на социально-бытовых последствиях болезни у пациентов, страдающих раком желудка, из-за перестройки режима питания, отмечалось у 23,9% больных. Наибольшее беспокойство больных раком прямой кишки было связано со страхом за исход операции – 47,6%, у них же отмечался самый большой процент страха смерти – 4,8%.

Если у больных раком желудка часто в период, предшествующий началу развития онкологического процесса, наблюдается дискомфорт, различные недомогания, связанные с пищеварением, то больные раком прямой кишки, как правило, характеризуются нормальным самочувствием с умеренными жалобами. В этой связи больные раком желудка в психологическом смысле более подготовлены к заболеванию, в то время как пациенты, страдающие раком прямой кишки, неожиданно сталкиваются с необходимостью подвергнуться операции и последующему химиолучевому лечению. Можно говорить о внезапности, остром начале заболевания у больных раком прямой кишки. Результаты клинико-психологической беседы с больными раком прямой кишки показали, что чем лучше было самочувствие у пациента перед

помещением в стационар, тем труднее он проходил период адаптации, в начале к принятию необходимости брюшно-промежуточной экстирпации, а в послеоперационном периоде - к существованию с искусственным анусом.

Обнаружено, что 67,2% обследованных больных, несмотря на явные признаки начала болезненного процесса, в интервале от 2-3 месяцев до 1 года к врачу не обращались. На первом месте среди причин задержек обращения к врачу стоял страх *«узнать худшее»*, что составило 30% всей выборки. Далее по степени значимости следовали следующие доводы: незначительность симптоматики – 21,6% (*«не обратил внимание, хотя заметил; не придавал значение – думал пустяк, ерунда»*), пренебрежение к своему здоровью – 17,2% больных.

На диагностическом этапе 39,6% всех больных были уверены в «доброкачественности» опухоли. Изучение отношения к диагнозу на последующих этапах лечения показало, что 28,8% больных стойко верили в доброкачественность опухоли. При этом максимальное отрицание болезни установлено у больных раком желудка (38,8%). Не отрицали, а игнорировали серьезность заболевания 16,4% всех больных. Больные данной подгруппы не считали болезнь особенно серьезной, игнорировали явные свидетельства истинного характера патологии – лучевого лечения и курсов химиотерапии. Частично признавали злокачественный характер болезни 26,8% больных: им была свойственна дистанцированность от реальной ситуации, они нередко демонстрировали собственную версию заболевания. Неопределенная установка в отношении заболевания обнаружена у 23,3% больных: с одной стороны, они выражали нежелание получать медицинскую информацию, но при этом хотели бы узнать «свою гистологию», результаты лабораторных исследований неформальным путем, с другой стороны – они боялись своих худших опасений. Всего 4,8% всех пациентов имело реалистичное отношение к диагнозу: они признавали злокачественный характер своего заболевания.

Клинико-психологическая беседа показала, что 48,8% больных появление онкологического заболевания у себя ни с чем не связывали. Другие

же в качестве причины заболевания чаще всего называли себя – 17,2%, неблагоприятные жизненные условия и обстоятельства – 13,2%, социальное окружение, т.е. других лиц – 10,8%.

Выяснялся вопрос о стрессовых, драматических событиях в течение 2-3 лет, предшествовавших появлению болезненной симптоматики. Максимальный показатель дистрессовых событий установлен у больных раком желудка – 32,8%, по сравнению с раком прямой кишки – 13,7%.

Доброжелательное отношение в процессе клинико-психологической беседы преобладало у 46,4% больных, еще 8,0% больных выражали желание продолжить общение с психологом. Наибольший процент доброжелательного отношения оказался у больных раком прямой кишки с низведением – 56,4%. Скрытое отрицательное отношение, иногда с подозрительностью и недоверием, отмечалось у 22,4% больных раком желудка и у 19% больных раком прямой кишки с низведением. В целом, для больных раком желудка оказались характерны конфликтность, проявления нейтрального тона, дистантное поведение ( $p < 0,05$ ). Больные с отрицательным отношением к клинико-психологической беседе нередко считали психологические темы как «не имеющие отношения к делу». Даже в общении с врачом, в том числе в период предоперационной подготовки, им было свойственно маскировать психологические проблемы жалобами соматического порядка: больной говорил лишь о соматических проявлениях болезни, при этом не затрагивалась сфера переживаний, эмоций, речь была монотонной, мало интонированной. Порой только в процессе длительной углубленной беседы больной с трудом констатировал психологический подтекст своих жалоб и сомнений. Неспособность больного озвучить свои переживания в связи с заболеванием и лечением способствовала увеличению его психоэмоционального напряжения, а также ухудшала координацию совместных усилий врача и пациента в лечебном процессе. Вместе с тем, соучастие больного в лечебном процессе, отсутствие отрицательных компонентов психологического контакта с врачом, напряженных отношений, позволяют заложить основы

психологической устойчивости, уравновешенности, психологической компенсации.

Анализ обращений лечащих врачей к психологу с целью оказания профессиональной психологической помощи больным, страдающим злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, показал, что наиболее частым основанием для обращения явилась - тревожная реакция пациента на хирургическое вмешательство вплоть до отказа от операции. Исследование показало, что больных злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта, склонных к отказу от операции, отличала своеобразная ориентированность во время диагностического периода, проявляющаяся в тревожном ожидании, что *«все выяснится, окажется ошибкой»*. Первоначально психологическая реакция отказа сопровождалась выраженными аффективными компонентами – невозможностью контролировать эмоции, хаотическим поведением. Через некоторое время интенсивность этих проявлений уменьшалась, но перестройки в отношении принятия факта заболевания и необходимости подвергнуться операции не наступало, а, напротив, усиливалось желание бегства от ситуации, стремление оставить все, как есть, и даже досада на себя за обращение к онкологу. С этого момента начинался поиск наиболее подходящего мотива, с точки зрения больного, оправдывающего потенциально запрограммированный отказ. Больные называли следующие причины отказа от операции: убеждение в неизлечимости рака (*«а значит и лечиться незачем»*) и предопределенности исхода (*«конец для всех один, смерть наступит, если и оперироваться»*); калечащий характер операции; наличие еще до болезни «онкологической настороженности» в результате психотравмирующего опыта общения с родственниками, умершими от онкологического заболевания; причины объективного плана (отпуск, командировка и т.п.).

Психологический настрой на хирургическое вмешательство определялся по трем условным градациям: положительный, вынужденный,

неустойчивый. Наивысший положительный настрой отмечался у больных раком прямой кишки, которым предстояла операция с последующим низведением. У 46,7% больных раком прямой кишки с колостомой отмечалось вынужденное отношение к операции, что объясняется травмирующим воздействием предполагаемого после операции дефекта в виде противоестественного заднего прохода.

Эмоциональное эмпатическое отношение со стороны членов семьи отмечали 55,2% всех больных. Формальный характер взаимоотношений в семье в наибольшей степени был типичен для больных раком желудка – 38,8%; негативные отношения наблюдались у 8,6% больных раком прямой кишки с колостомой, они были обусловлены психологическим барьером перед функциональным дефектом.

Психологическое приспособление к болезни и ее последствиям нельзя было считать законченным к моменту выписки больного из стационара. Спектр трудностей социально-психологического плана пронизывал все существование больного, особенно в течение первых 3-6 месяцев до года, содержанием которых являлось: снижение интереса к жизни, реакция ухода в болезнь, трудности отношений в семье, в трудовом коллективе, реакция на возникновение рецидива заболевания. Больные жаловались на боли, в большей степени психалгий, на плохой сон, аппетит, снижение тонуса, неспособность сосредоточиться, ослабленность памяти, быструю утомляемость. При выраженном характере данных жалоб у 16% больных их можно было расценивать как манифестацию тревожно-депрессивного состояния. Эмоциональные нарушения у 73% больных выражались в форме неустойчивого и сниженного настроения, тревожности, страхов. Часто эмоциональные нарушения являлись следствием конфликтности значимых отношений больных. Такие жалобы пациентов, как страх перед транспортом, выхода из дома без сопровождающих лиц и появления на людях, имели явный психологический подтекст боязни не справиться с собой, «сорваться» на людях. Эти проявления страха могли закрепиться в качестве таких

психопатологических нарушений, как чувство неполноценности, ощущение покинутости и изолированности. Значительная выраженность описанных отклонений отмечена у 28% больных.

На момент выписки больного из стационара на основании клинико-психологического исследования (с учетом мнения лечащего врача) определялось его итоговое состояние – степень психологической компенсации, которая означала оценку уровня психологической приспособленности пациента к заболеванию и последствиям его лечения за счет психологических ресурсов личности. Наиболее важным различием между больными по уровню психологической компенсации являлась успешность выработки тех или иных компенсаторных механизмов, реализация способности к переработке стрессовой информации о болезни, отраженная как в эмоционально-психической устойчивости, так и в поведении пациента. Распределение больных со злокачественным поражением желудочно-кишечного тракта было следующим: компенсированных больных – 25,6% (64 чел.), частично компенсированных – 38,0% (95 чел.), декомпенсированных – 36,4% (91 чел.). Группа больных раком прямой кишки с колостомой имела наиболее высокий процент декомпенсированных больных – 38,4% и самый низкий – среди компенсированных – 19%, что отражает значительные трудности приспособления этих больных.

В группе декомпенсированных больных задержка обращения к врачу после появления первых болезненных симптомов наблюдалась в 73,6%, тогда как при удовлетворительном уровне психологической компенсации – у 46,9% больных ( $p < 0,001$ ). Среди мотивов отсрочки обращения к врачу наибольшее различие прослеживается по фактору «страхи и опасения», в том числе наличие страха перед болезнями в прошлом ( $< 0,001$ ). Люди, испытавшие выраженные опасения перед серьезными болезнями в анамнестическом периоде, реагировали на известие у них онкологического заболевания более интенсивной реакцией.

Обнаружено, что у 73,6% больных декомпенсированной группы максимально выражен негативизм по отношению к психологическому обследованию, что значительно превышает аналогичный показатель компенсированных пациентов – 15,7% ( $p < 0,001$ ), позволяя судить о качественном различии в психологическом контакте этих двух групп. Группа с неудовлетворительным уровнем психологической компенсации характеризовалась также наибольшими показателями тревожного и депрессивного настроения (27,5% и 57,1% соотв.,  $p < 0,001$ ).

Обнаружена взаимосвязь между уровнем психологической компенсации пациента и его отношением к лечебным процедурам: по мере снижения уровня психологической компенсации вынужденный настрой меняется от 12,5% до 45,1%, а выраженность неустойчивого отношения – от 6,3% до 52,7% у декомпенсированных больных ( $p < 0,001$ ).

Рассмотрение установки на психологическую поддержку показало, что все больные с успешной компенсацией ее имели, в то время как в группе декомпенсированных в 47,2% случаях такая установка отсутствовала, что значительно ослабляет потенциал психологических ресурсов. Семейные отношения компенсированных больных определяла эмоциональная поддержка – сочувствие, ободрение и участие – 75%, в группе декомпенсированных она была выражена только у 31,9% ( $p < 0,001$ ). Процент ухудшения семейного климата был значимо выше в группе больных с неудовлетворительной психологической компенсацией ( $p < 0,001$ ).

Изменение собственного характера с начала заболевания пациенты оценивали следующим образом: 72,4% больных указывали на неизменность черт характера, у 12,8% - характер ухудшался. Самые высокие показатели динамики черт характера имела группа больных раком желудка – улучшился у 19,4% и ухудшился у 20,9%. Отмечена тенденция уменьшения числа позитивных ответов и увеличения процента негативных по мере ухудшения психологической компенсации ( $p < 0,001$ ). Так, в ответах пациентов, указавших на улучшение характера, следовало пояснение, что второстепенное в жизни



потеряло смысл, сами они яснее стали все видеть, дорожить временем, жизнью. При констатации отрицательных изменений характера пациенты указывали, что «жизнь для них остановилась, потеряла всякий смысл, состояние такое, что уже ничего не хочется». Иногда прямо заявляли, что они «стали гораздо хуже, чем раньше».

В экспериментально-психологическом исследовании принимало участие 174 больных (средний возраст  $57 \pm 1,2$ ) раком желудка и раком прямой кишки. Все пациенты подвергались хирургическому вмешательству: больные раком желудка - экстирпация и субтотальная резекция (38 чел.), больные раком прямой кишки - операция с низведением (сфинктеросохраняющая) (62 чел.) и операция с наложением колостомы (74 чел.). По степени психологической компенсации больные разделялись на три группы. Компенсированная группа включала 49 пациентов, из них 12 больных раком желудка, 18 больных раком прямой кишки с низведением и 19 больных раком прямой кишки с колостомой. Частично компенсированная группа пациентов включала 63 пациента, из них 13 больных раком желудка, 22 больных раком прямой кишки с низведением и 28 больных раком прямой кишки с колостомой. Декомпенсированная группа включала 62 пациента, из них 13 больных раком желудка, 22 больных раком прямой кишки с низведением и 27 больных раком прямой кишки с колостомой.

Оценка состояния тревожности (методика Спилбергера-Ханина) выявила, что показатели личностной тревожности больных на различных этапах обследования находятся в зоне умеренной тревоги (ниже 45 баллов). Исключение составили больные раком прямой кишки с колостомой, имеющие в среднем высокую тревогу.

Динамика ситуативной тревоги на различных этапах заболевания изменялась следующим образом: на этапе поступления у всех больных наблюдалась высокая тревога (48,9 балла), этот показатель имел тенденцию к увеличению на этапе перед операцией ( $p < 0,001$ ). К выписке больных из стационара показатели тревоги снижались и тревога из раздела высокой

переходила в к умеренной ( $p < 0,001$ ), кроме больных раком прямой кишки с колостомой, где она являлась высокой (более 45,1 балла).

Выявлена взаимосвязь показателей тревоги и степени психологической компенсации больного. Так, декомпенсированные больные уже при поступлении имели высокий уровень личностной и ситуативной тревоги (48,1 балл и 52,8 балла, соотв.), который сохранялся на этом уровне и при выписке, в отличие от группы компенсированных больных, где показатель являлся высоким только перед операцией (47,8 балла,  $p < 0,001$ ). Наиболее интенсивную тревогу, затрагивающую личность в целом, испытывали больные раком прямой кишки с колостомой декомпенсированной группы ( $p < 0,001$ ). Таким образом, интенсивность тревожной реакции больного зависит от этапа лечения и успешности психологической компенсации.

Корреляционный анализ показал взаимосвязь уровня тревоги и качество контакта с больным: увеличение тревоги влияет на доверительность, потерю эмоциональных контактов, вплоть до отгороженности ( $K = -0,26$ ).

Исследование с помощью личностного профиля больных (ММРІ) указало на отсутствие специфического личностного паттерна больных как при раке желудка, так и при раке прямой кишки. Показатели всех шкал личностного опросника соответствовали нормативным, кроме шкалы депрессии (Д) или склонности к пониженному настроению ( $71,2 \pm 0,7$ ). Следующим по величине являлся показатель шкалы ипохондрических проявлений (Нs) /невротического сверхконтроля ( $65,0 \pm 0,7$ ). Доминирование данных шкал характерно для больных общесоматической клиники – с пониженным настроением, жалобами на здоровье в связи с недомоганием. Интерпретация соотношений всех шкал профиля свидетельствовала, что для больных, страдающих злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта, характерна тенденция к избеганию откровенности, пассивносозерцательная позиция, избегание неуспеха, осторожность и нерешительность в личностно-значимых ситуациях, чувствительность к внешним воздействиям, интрапунятивность, ориентировка на отдаленные

цели и избегание конфликта; аналитический, инертный тип мышления, возможный тип дезадаптации – депрессивный, сопровождаемый невротизацией.

Изучение взаимосвязи показателей шкал личностного опросника и степени психологической компенсации больного обнаружило, что показатели по шкалам истерии, депрессии, ипохондрии, психоастении и шизофрении повышаются ( $p < 0,001$ ) по мере снижения психологической компенсации.

Таким образом, на успешность психологической компенсации влияет такой симптомокомплекс, который находит свое выражение в показателях шкал «невротического сверхконтроля» (ипохондрии), сниженного настроения (депрессии), фиксации тревоги и ограничительного поведения (психоастении), а также вытеснения факторов, вызывающих тревогу (истерии), и аутизации (шизофрении). Треть больных раком желудка и прямой кишки на момент выписки из стационара после прохождения лечения оказываются в психологически декомпенсированном состоянии и нуждаются в профессиональной психологической помощи.

#### **Литература:**

1. Бажин Е.Ф., Гильяшева И.Н., Левина Т.Л., Тонконогий И.М. Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММРІ / Методические рекомендации. – Л.- 1974. – 33 с.
2. Колосов А.Е., Шиповников Н.Б. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». – Киров. - 1994. - 136 с.
3. Собчик Л.Н. Пособие по применению психологической методики ММРІ. – М.: НИИ психиатрии. - 1971. – 62 с.
4. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д.Спилбергера. – Л. - 1976. – 16 с.