

Статья 3

Психологическое исследование больных злокачественными лимфомами Пестерева Е.В.

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.

Злокачественные лимфомы (лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы) относятся к разряду системных лимфопролиферативных заболеваний. Лимфома Ходжкина (ЛХ) является одним из наиболее курабельных злокачественных процессов. Применение современной химиолучевой терапии позволяет излечивать до 80-95% пациентов с ЛХ, тем не менее у части больных отмечается первично-рефрактерное течение болезни. Поэтому для таких больных представляется крайне актуальным своевременное выявление факторов неблагоприятного прогноза с целью ранней интенсификации лечения ЛХ и своевременного проведения высокодозной химиотерапии с трансплантацией аутологичных гемопоэтических стволовых клеток. Среди больных неходжкинскими лимфомами (НХЛ), отличающимися высокой степенью злокачественности, возможно достижение полного регресса заболевания после стандартной химиотерапии лишь у 40-60% больных. У остальных неизбежно развивается первичная резистентность лимфомы к химиотерапии и/или рецидив заболевания. Несмотря на все выше изложенное, злокачественные лимфомы при адекватном и своевременном лечении имеют благоприятный прогноз, но изменения на психофизиологическом и эмоциональном уровнях, которые вызывает данное заболевание, могут сохраняться долгие годы после окончания лечения [7]. Все это указывает на психологическую травматизацию больных злокачественными лимфомами.

Если онкологические заболевания с четкой локализацией - рак молочной железы, рак желудка, рак легкого и т.д. – воспринимаются и самими больными, и их окружением как «серьезные болезни», то отсутствие конкретной локализации при лимфопролиферативных заболеваниях создает представление и них как о некоей форме «непонятной болезни». При этом неинформированность общества о лимфопролиферативных заболеваниях, которые на начальных стадиях болезни зачастую маскируются под недомогания, посещающие людей в обыденной жизни, также влияет на несвоевременное обращение к врачу. Кроме того, злокачественные лимфомы часто поражают людей молодого возраста, в период становления личностного и профессионального статуса, развития семейных отношений, и зрелого возраста, в период активной трудовой деятельности: ситуация, связанная с болезнью и необходимостью длительного лечения, фрустрирует актуальные потребности пациентов [6].

Исследование проводилось в Российском научном центре радиологии и хирургических технологий (РНЦРХТ). Было обследовано 138 больных злокачественными лимфомами (лимфома Ходжкина – 77 больной, Неходжкинская лимфома – 61 больной) в возрасте от 18 до 55 лет на разных этапах течения заболевания: 41 чел - до начала химиолучевого лечения, 42 чел. - при первичном лечении, 36 чел. - при лечении рецидива, 19 чел. - в состоянии ремиссии. Большинство больных имели II – III стадии заболевания. В соответствии с Международным прогностическим индексом (МПИ) пациенты с ЛХ были отнесены к благоприятной и промежуточно-благоприятной прогностическим группам, при НХЛ – к группе низко-промежуточного и промежуточно-высоким риска.

С помощью клинико-психологического метода (наблюдение, клиническая беседа) изучалась содержательная сторона переживаний больных (приложение 4). Экспериментально-психологический метод был направлен на изучение особенностей реагирования больных на заболевание (ТОБОЛ) [4], анализ жалоб невротического регистра у данной категории пациентов (ОНР-

СИ) [5], а также исследование механизмов совладающего поведения - интернальность больного в сфере здоровья (УСК) [1] и ведущие копинг-стратегии на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровнях [3] (приложение 5).

Одним из ключевых моментов отношения к болезни при онкологическом заболевании является мнение больного о злокачественном характере заболевания. На этапах до лечения и при первичном лечении пациентам злокачественными лимфомами было свойственно отрицание (14,6% и 9,5%, соотв.) и частичное признание злокачественного характера болезни (46,3% и 45,2%, соотв.). При отрицании злокачественного характера патологического процесса больной не отрицал самого факта заболевания (он лечился), однако оно воспринималось им как обычная, не угрожающая жизни, болезнь. При частичном признании диагноза больной одновременно и признавал, и отрицал злокачественный характер болезни, что выражалось в амбивалентности настроения и поведения. Если при отрицании диагноза у больных преобладает бессознательная психологическая защита отрицание, то при частичном принятии заболевания больным свойственна рационализация, которая проявлялась в подчеркивании ими «особенности» своего заболевания. В данном случае «особенность» звучала как некоторая исключительность пациента (он не такой, как все) и надежда на благоприятный исход («Читал, что это редкое заболевание, в основном им болеют люди социально благополучные...», «Мне требуется лечение, но моя ситуация в связи с заболеванием существенно отличается от пациентов на соседнем отделении ...»). При рецидиве заболевания частичное признание злокачественного характера заболевания встречалось реже: 75% больных признавали злокачественный характер болезни.

Размышления о болезни, о ее роли и месте в жизни человека нередко являлись настолько травмирующими для пациентов, что в качестве защиты появлялось стремление вытеснить мысли, связанные с заболеванием. Так, 61% больных до начала лечения и 50% больных при прохождении первичного

лечения считали, что «вредно задумываться» над вопросом «Почему это случилось со мной?». От этапа к этапу все больше больных находили для себя причину болезни (59% - при лечении рецидива, 63,2% - в состоянии ремиссии) - утрата близкого, нервное напряжение, переутомление, вредная работа, ультрафиолетовое облучение и другие, порой иррациональные, причины.

У большинства больных всех групп (70,7%; 73,9%; 50%; 84,2%) мотив выздоровления содержал конкретные жизненные цели (создание семьи, воспитание детей, получение образования, реализация в профессиональной сфере). При лечении рецидива «страх стать беспомощным» являлся смыслом выздоровления достоверно чаще, чем при первичном лечении ($p < 0,02$).

На основании представлений о болезни у пациентов формировалось отношение к лечению: до начала лечения и при первичном лечении у пациентов преобладал страх в отношении полихимиолучевой терапии в виде опасений изменения внешности, возникновения побочных осложнений в результате лечения. До начала лечения 53,7% больных пугала беспомощность, которая могла возникнуть в связи с лечением, что указывает на переживаемое ими состояние неопределенности, неуверенности и тревоги. По мере длительности лечения пациенты чаще отмечали, что они «готовы вынести любые тяжести лечения, главное, чтобы лечили», «лечат - значит есть надежда на выздоровление». Готовность вынести любые трудности лечения для того, чтобы поправиться была наиболее характерна для больных при лечении рецидива ($p < 0,02$). Следует отметить, что страх, связанный с лечением, нередко подавлялся больными, при этом они демонстрировали «оптимистическое» отношение к лечению («Все будет хорошо»). Данное отношение играло защитную функцию и отражало желание «не думать о плохом». Такое «оптимистическое» отношение к лечению наблюдалось при прохождении первичного лечения в 64,3% случаев, а при лечении рецидива лишь в 38,9% случаев ($p < 0,05$). Как при первичном лечении, так и при лечении рецидива имелись больные с «пессимистическим» отношением к лечению: «Эта болезнь, где трудно самому человеку что-нибудь предпринять, а лучше

всего подчиниться врачу». Также выявлялись больные с неустойчивым отношением к лечению (33,3% - при первичном лечении; 50% - при лечении рецидива), которые могли бы выработать адекватное отношение к лечению при условии грамотного и доступного им информирования и своевременной профессиональной психологической помощи.

Результаты исследования типов отношения к болезни (ТОБОЛ) показали, что выраженность различных компонентов отношения к болезни не зависела от диагноза (ЛХ и НХЛ). На всех этапах заболевания наиболее выраженными компонентами в структуре отношения к болезни были эргопатический, анозогностический и сенситивный, однако менялось их соотношение между собой и другими компонентами, а также содержательная наполненность.

Недооценка больными серьезности заболевания, его злокачественного характера на этапах до начала лечения и при первичном лечении проявлялась в условно-адаптивных формах реагирования на болезнь (65,8%, 64,3%, соотв.) с преобладанием эргопатического, анозогностического и эргопатически-анозогностического типов.

При лечении рецидива отношение к болезни без признаков социально-психологической адаптации выявлялось у 41,7% больных: наряду с эргопатическим и анозогностическим, преобладал гармоничный тип отношения. Вместе с тем, наблюдения показывали, что для большей части больных с гармоничным отношением характерна позиция «защитного» оптимизма, при котором больной, избегая сильных переживаний, строит свое поведение в соответствии с социальными нормами, не позволяя себе эмоциональных вспышек, тем самым является «удобным», «хорошим» пациентом для врача и для близких.

На этапе ремиссии преобладали условно-адаптивные формы реагирования на заболевание (68,3%) с доминированием анозогностического и эргопатически-анозогностического типов. При этом анозогностический компонент в структуре отношения к болезни у пациентов в ремиссии означал

не столько отрицание болезни как таковой, сколько завершение жизненного этапа, связанного с болезнью и лечением, так как в данный момент пациенты знают, что они здоровы (им об этом говорят врачи на основании проведенных анализов).

В каждом этапе выявлялись больные с дезадаптивным отношением к болезни, они более остро переживали ситуацию заболевания и, с точки зрения социальных норм, менее адаптированы к происходящему. Таких больных было больше всего (58,3%) на этапе лечения рецидива, когда анозогнозия и «уход в работу» уже не могут смягчить психологическую травму, вызванную возвращением ситуации заболевания и лечения, и больные находятся в поисках новых способов адаптации.

Анализ жалоб невротического регистра (ОНР-СИ) пациентов злокачественными лимфомами показал, что на всех этапах заболевания не выявлялось достоверных различий по частоте встречаемости и выраженности жалоб невротического регистра в зависимости от диагноза (ЛХ и НХЛ). Среди жалоб пациентов на этапах до лечения, при первичном лечении и лечении рецидива ведущими по частоте встречаемости являлись жалобы ипохондрического и астенического характера, а также аффективная лабильность и нарушение социальных контактов. Ипохондрические жалобы позволяли больным презентировать свое недомогание и жалобы во вне (врачам, близким). Более того, поскольку лимфопролиферативные заболевания не имеют конкретную локализацию, больные «прислушивались» к своей внутренней телесности, которая является одним из источников формирования отношения к болезни. По мере лечения заболевания возрастала информированность пациентов о болезни и лечении, в этой связи ипохондрические жалобы становились более конкретными, специфическими и отражали взгляды больного на болезнь, его гипотезы, ожидания и могли являться запросом к окружающим на получение понимания, сочувствия и информации о заболевании. Следует отметить, окружающие не всегда

понимают запрос больного, а неудовлетворение этого запроса, в свою очередь, может приводить к концентрации психической жизни больного на болезни.

Астенические жалобы больных соответствовали клинической картине заболевания. На этапах, когда болезнь находилась в активной фазе, астеническая симптоматика имела взаимосвязь с нарушением социальных контактов ($p < 0,05$). На этапе ремиссии число жалоб астенического характера уменьшалось, но жалобы, указывающие на нарушение социальных контактов, по-прежнему являлись ведущими, что может быть отражением актуализированных в связи с заболеванием экзистенциальных проблем, одним из проявлений которых является экзистенциальная изоляция.

На всех этапах заболевания у больных злокачественными лимфомами отмечены различия в выраженности и частоте доминирования жалоб невротического регистра в зависимости от возрастного критерия: на этапах до лечения и при первичном лечении у пациентов до 40 лет, в сравнении с более старшими, реже встречаются депрессивные расстройства (20% и 52,4% соотв., $p < 0,05$), аффективная напряженность (30% и 71,4% соотв., $p < 0,02$), при ниже выраженность шкал депрессивных и дереализационных расстройств ($p < 0,03$). Однако при возникновении рецидива заболевания они более выше выраженность шкал аффективной напряженности ($p < 0,02$), ананкастических расстройств ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о том, что более молодые больные только при рецидиве начинали осознавать угрозу своему здоровью в связи с заболеванием.

Процесс формирования отношения к болезни связан с возможностями психологической адаптации человека, к которой относится совладающее поведение. Совладающее поведение опирается на оценку человеком своих возможностей и проявляется в форме различных стратегий на когнитивном, эмоциональном, поведенческом уровнях. Исследование интернальности больных злокачественными лимфомами (УСК) показало, что у большинства пациентов на этапах, когда болезнь находилась в активной фазе, выявлялся пониженный уровень интернальности в сфере здоровья: эти больные ощущали

тревогу и неуверенность, чувствовали себя неспособными контролировать ситуацию, связанную со здоровьем, не осознавали своих реакций на болезнь, не находили смысл в происходящем. Сниженный уровень интернальности с отношении здоровья у пациентов с рецидивом заболевания, несмотря на опыт болезни, может свидетельствовать о психической травматизации личности больного в ситуации возвращения заболевания. У большинства пациентов на этапе ремиссии выявлялся умеренный уровень интернальности в сфере здоровья. На этапе ремиссии интерналов было больше среди пациентов до 40 лет, по сравнению с более старшими больными ($p < 0,02$), что проявлялось в любопытстве к собственной жизни, во внимании к своим личностным потребностям, в ответственном выборе своего поведения.

Анализ взаимосвязи отношения пациентов к болезни и их интернальности в сфере здоровья показал, что больные злокачественными лимфомами до лечения и при первичном лечении не проявляют явных признаков дезадаптации в связи с ситуацией заболевания, когда не принимают в расчет состояние своего здоровья: обнаружено обратная взаимосвязь интернальности в сфере здоровья с анозогностическим ($r = -0,48$, $p < 0,01$) и прямая с дезадаптивными ($r = 0,59$, $p < 0,05$) компонентами отношения к болезни. На этапах до лечения и при первичном лечении принятие заболевания, осознание ответственности за свое здоровье больными сопровождается дезадаптацией, что конгруэнтно травмирующей ситуации, но не всегда понимается и принимается обществом.

На этапе ремиссии обнаружена обратная взаимосвязь между интернальностью пациента в сфере здоровья и дезадаптивными компонентами отношения к болезни ($r = -0,54$, $p < 0,05$): можно предположить, что пациенты в ремиссии адаптированы к ситуации заболевания за счет изменения отношения к своему здоровью.

Результаты исследования копинг-стратегий в структуре совладающего поведения показали, что больным злокачественными лимфомами свойственны адекватные ситуации когнитивные стратегии, которые

способствовали снижению эмоционального напряжения, однако при длительном их использовании они могут блокировать переживания. На эмоциональном уровне наиболее часто использовался «оптимизм», который мог быть как адекватным (реальным), так и неадекватным (защитным). На поведенческом уровне, несмотря на когнитивную переработку ситуации заболевания, действовали не всегда конструктивные стереотипы. Это указывало на то, что у данных больных мысли и чувства разобщены. Для целостного переживания травмирующей ситуации необходимо признание негативных чувств, так как только в процессе их переживания можно принять изменившуюся реальность.

Таким образом, специфической особенностью отношения к болезни пациентов злокачественными лимфомами является длительный период отрицания злокачественного характера заболевания, что обуславливает отсроченность психологической травматизации больных, в сущности, она наблюдается только при рецидиве заболевания. Профессиональная психологическая помощь онкологическому пациенту, направленная на принятие им злокачественного характера болезни не только на когнитивном, но и на эмоциональном уровне, способствует более адекватной психологической адаптации больного к заболеванию и лечению.

Литература:

1. Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткин А.М. Опросник уровня субъективного контроля личности (УСК) – М.: Смысл. - 1993. – 16 с.
2. Вассерман Л.И. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова// СПб. – М.: Изд. Центр «Академия». 2003. – 736 с.
3. Карвасарский Б.Д., Абабков В.А., Васильева А.В. Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика под влиянием психотерапии // Пособие для врачей. - СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1999. -22с.
4. Психологическая диагностика отношения к болезни // Пособие для врачей Авторы-сост. Л.И. Вассерман и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 2005. – 31с.
5. Психодиагностическая методика для определения невротических и невротоподобных нарушений: пособие для врачей и психологов / Сост. В.А. Абабков и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. - 1995. – 21 с.

6. Чулкова В.А., Шиповников Н.Б. Восстановление трудоспособности больных лимфогранулематозом после радикального лечения (социально-психологическое исследование) // Тез. докл. IV Всесоюзн.съезда онкол. – Л. 1986. - с. 401- 402.
7. Flechtner H. Fatigue and quality of life: lesson from the real word / H. Flechtner, A. Bottomley // Oncology. 2003, vol.8, supl.1. - P.5-9.