

1. Разработка основ психологической реабилитации у взрослых и детей

В течение отчетного периода были изучены психологические характеристики онкологических больных с высоким уровнем эмоционального напряжения и факторы, снижающие эмоциональное напряжение больных: стратегии совладающего со стрессом поведения, механизмы разрядки психоэмоционального напряжения, особенности психологической и социальной адаптации.

Проведен анализ отечественных и зарубежных литературных данных по психологическим исследованиям онкологических больных, включающих в себя изучение отношения к болезни, уровень эмоционального напряжения и качество жизни.

Разработана программа психологического исследования:

- а) составлена информационная карта для фиксации результатов клинической беседы,
- б) подобраны базовые для данного исследования психологические тесты:
 1. Методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ) направлена на выявление особенностей личностного реагирования на болезнь и другие значимые отношения личности, связанные с болезнью.
 2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) - для определения и оценки тяжести тревожных и депрессивных состояний пациентов.
 3. Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer).
 4. Оценка качества жизни (SF-36).

В течение отчетного года исследовано 529 пациентов с различными локализациями опухолевого процесса: опухоли молочной железы (n=238), онкоурологические опухоли (n=239), опухоли головы и шеи (n=16), опухоли костей и мягких тканей (n=36).

Учитывая необходимость дифференциации психоэмоциональных переживаний, пациенты наблюдались в течение двух этапов лечения: пред- и послеоперационный.

Исследование проводилось с использованием клинико-психологического и экспериментально-психологического метода.

Клинико-психологический метод

Клиническая беседа была структурирована и включала в себя следующие темы: отношение к диагнозу и лечению, субъективное восприятие болезни и социально-психологическая ситуация в связи с заболеванием.

Экспериментально-психологический метод

Базовые для этого исследования психологические тесты:

- Методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ);
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии;
- Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer);
- Оценка качества жизни (SF-36).

1.1. Исследование онкоурологических пациентов

Проведена первичная обработка данных исследования больных с онкоурологической патологией (n=239) в возрасте от 27 до 63 лет: 117 – ЗНО почки, 72 – ЗНО мочевого пузыря, 26 – ЗНО предстательной железы, 24 – ЗНО яичка. Предварительные результаты исследования показывают, что:

1. На качество жизни пациентов значительное влияние оказывает вид хирургического лечения: по мере лечения снижается уровень ролевого и когнитивного функционирования больных, повышается их утомляемость, более ярко проявляется болезненная симптоматика, возникают финансовые трудности.
2. Для большинства пациентов (67%) с онкоурологической патологией характерно дезадаптивное отношение к болезни, представленное смешанными и диффузными типами. При этом в структуре отношения к болезни на этапе «до операции» выражен тревожный компонент, а на этапе «после операции» - дисфорический компонент, что отражается в переживаниях больных.
3. У онкоурологических больных с высокой частотой выявляются симптомы тревоги (12,3) в женской подгруппе и депрессивности в высоких нормативных значениях (11, 6) в подгруппе пациентов мужского пола.
4. Наиболее интенсивными жалобами онкоурологических пациентов по поводу своего здоровья являются астенические. Жалобы пациентов по поводу своего здоровья на «предоперационном» этапе имеют меньшую интенсивность, чем на «послеоперационном» этапе.
5. Качество жизни онкоурологических пациентов связано с признанием ими злокачественного характера заболевания, со способностью найти субъективную причину болезни, наличием в анамнезе опыта взаимодействия с онкологическим больным, выраженностью гармоничного (реалистичного) компонента в структуре отношения к болезни.

В дальнейшем предстоит провести статистическую обработку данных исследования больных с онкоурологической патологией.

1.2. Исследование пациентов со злокачественными новообразованиями молочной железы.

В течение отчетного периода были обследованы пациенты с опухолями молочной железы (n=238) в возрасте от 24 до 52 лет. Фокус внимания при исследовании группы больных раком молочной железы был направлен на изучение способов совладания со стрессом с учетом индивидуальных и патохарактерологических особенностей.

Клинико-психологический метод

Клиническая беседа представляла собой неформализованное интервью. Обсуждаемые вопросы были объединены в 4 основные темы: обнаружение заболевания; отношение к болезни, образ и причины болезни, по мнению больной; отношение к лечению; наличие психологической поддержки и её оценка больной.

Экспериментально-психологический метод.

Базовые для этого исследования психологические тесты:

- Методика для диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ);
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии;
- Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer);
- Оценка качества жизни (SF-36).

Проведена первичная обработка данных исследования пациентов с опухолями молочной железы.

Предварительные результаты исследования показывают, что:

1. Наиболее часто встречаемый тип отношения к болезни у пациентов РМЖ - эргопатический и сензитивный. При этом было выявлено, что тревожный тип отношения к болезни достоверно чаще ($p < 0,02$), встречался в группе больных, не определившихся с выбором о необходимости им профессиональной психологической помощи.
2. Больше половины больных РМЖ (58,14 %) испытывают страх перед лечебными мероприятиями, и все больные РМЖ нуждаются в психологической поддержке врача.

3. Во время лечения в стационаре (послеоперационный период) больные РМЖ испытывают выраженное психоэмоциональное напряжение – у 40 % из них имеет место субклинически и клинически выраженная тревога, которая связана с необходимостью для больных профессиональной психологической помощи.
4. Показатель тревоги у 60% и показатель депрессии у 80% обследованных больных находились в пределах нормы. При этом выраженная клиническая и субклиническая тревога наблюдалась в два раза чаще, чем клиническая и субклиническая депрессия.
5. Пациентам с РМЖ характерны следующие стратегии совладающего со стрессом поведения: планирования решения проблемы – 56,4 баллов, поиск социальной поддержки - 55,5 баллов, дистанцирование – 54,8 баллов, положительная переоценка - 54,1 баллов.
6. Копинг-стратегии, такие как - «Поиск социальной поддержки» и «Положительная переоценка» более характерны для группы больных, считающих, что профессиональная психологическая помощь им не нужна, и в наименьшей степени - для больных, не определившихся в необходимости им профессиональной помощи.
7. Наименьшие средние значения по субшкалам «Справедливость» (21,8 баллов), «Убеждение о контроле» (26,6 баллов) и «Образ Я» (29,9 баллов), позволяют предположить, что именно эти базисные убеждения пострадали при психической травме, связанной с онкологическим заболеванием, у исследуемой группы пациентов РМЖ.

1.3. Исследование пациентов с опухолями головы и шеи.

В течение отчетного года исследованы пациенты с опухолями головы и шеи (n=16) в возрасте от 36 до 72 лет с диагнозом – ЗНО гортани. Целью исследования в данной группе пациентов было изучение особенностей влияния вербальной функции на показатели тревоги и депрессии в пред- и послеоперационный периоды. Вся группа исследуемых пациентов была условно подразделена на две подгруппы, исходя из способности к вербализации: подгруппа пациентов с полной потерей способности к вербализации (n=7), пациенты с частичной потерей способности к вербализации (n=9).

Клинико-психологический метод

В исследовании использован клинико-психологический метод в форме развернутой полуструктурированной клинической беседы, затрагивающей такие темы как актуальный

психологический статус и жалобы пациента, отношение к лечению и болезни (с учетом его динамики в разные периоды), социальный статус, семейные отношения.

Экспериментально-психологический метод

представлен стандартизированными опросниками. Среди них:

Опросники для изучения уровня выраженности симптоматики и актуального психологического статуса:

- Шкала госпитальной тревожности и депрессии (HADS).
- Шкала самооценки уровня напряжения (Distress Thermometer).
- Методика оценки отношения к болезни (ТОБОЛ).
- Оценка качества жизни (QLQ C-30).

Проведена первичная обработка данных исследования больных с опухолями головы и шеи с учетом группировки пациентов на две подгруппы – пациентов с частичной потерей и пациентов с полной потерей функции вербализации. Предварительные результаты исследования показывают, что:

1. Полная потеря функции вербализации имеет корреляцию с клинически выраженной депрессией у 7 пациентов исследуемой группы. Также в этой группе при опросе пациентов выявлено высокое значение фактора потери социально-ролевого функционирования таких, как – профессиональная деятельность, функционирование внутри семьи.
2. В подгруппе пациентов с полной потерей функции вербализации наблюдается рост психоэмоционального напряжения в динамике на предоперационном этапе (7,3) и на послеоперационном этапе (7,9), что связано с изменениями специфики разрядки напряжения (поведенческий уровень, невербальные реакции).
3. Пациенты с частичной потерей функции вербализации демонстрируют высокий уровень тревоги в послеоперационном периоде (13,4), наблюдается тенденция снижения коммуникативных навыков в привычной среде.
4. Качество жизни исследованных пациентов зависит от объема операции, сроков послеоперационного восстановления: качество жизни пациентов с частичной потерей функции вербализации ниже, чем в подгруппе пациентов с полной потерей функции вербализации.

1.4. Исследование пациентов с опухолями костей и мягких тканей.

Осуществлена первичная обработка данных исследования, проведенного в группе пациентов с опухолями костей и мягких тканей (n=36) в возрасте от 19 до 43 лет, для выявления взаимовлияния выраженности фантомных болей и эмоционального состояния.

Во время исследования пациентов мишенью диагностики являлся фантомной болевой синдром в послеоперационный период.

Клинико-психологический метод.

В исследовании использован клинико-психологический метод в форме развернутой полуструктурированной клинической беседы, затрагивающей такие темы как актуальный психологический статус и жалобы пациента, отношение к лечению и болезни (с учетом его динамики в разные периоды), социальный статус, семейные отношения.

Экспериментально-психологический метод.

Для оценки актуального психоэмоционального состояния, выраженности болевых ощущений, фантомных болевых ощущений, нейропатической боли, качества сна и качества жизни использовались следующие методики:

1. Визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ).
2. Шкала оценки нейропатической боли (Pain Detect).
3. Шкала самооценки эмоционального напряжения (Distress Thermometer).
4. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90).
5. Опросник качества жизни (QLQ-C30).

Проведена первичная обработка данных группы пациентов с фантомным болевым синдромом. По предварительным результатам исследования можно говорить о том, что:

1. Пациенты (n=21) с высоким уровнем психоэмоционального напряжения (7,3) демонстрируют интенсивные фантомные болевые ощущения (нейропатическая боль), болевые ощущения в культе, прерывистый и непродолжительный сон (3,7 ч.).
2. Пациенты (n=15) с нормативным уровнем эмоционального напряжения (5,2), где наблюдается незначительно выраженная фантомная боль, манифестирующая в форме пространственного расположения ампутированной конечности и температурных ощущений, при этом отмечается качество и продолжительность сна (6,4 ч.).
3. Пациенты, характеризующимися тревожно-фобическими, ипохондрическими, нарциссическими патохарактерологическими особенностями демонстрируют более высокие адаптивные способности в социальной среде и мотивацию к восстановлению в ранний послеоперационный период.

4. Пациенты, характеризующиеся психотическими, паранойяльными, астено-апатичными патохарактерологическими особенностями демонстрируют низкие адаптивные способности в социальной среде, снижение воли к деятельности, мотивации к восстановлению.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Алеева Г.Н., Гурылева М.Э., Журавлева М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Российский медицинский журнал. – 2006. – №2. – С. 1-4.
2. Александрова О.В. Болезнь и смерть. Беседы с психологом о стрессе. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2015. – 152 с.
3. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей. – Littera, 2014. – 1080 с.
4. Айзенк Г. Дж. Сорок лет спустя: новый взгляд на проблемы эффективности в психотерапии // Психологический журнал. - 1994. - Т. 14, № 4. - С. 3-19.
5. Бажин Е.Ф., Березкин Д.П., Гнездилов А.В. и др. Психологические компенсаторные реакции онкологических больных // Тез. док. Всесоюзного симпозиума: Совершенствование методов реабилитации онкологических больных. – Л.,1978.- С.9-11.
6. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение // СПб. – М.: Изд. Центр «Академия». - 2003. – 736 с.
7. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б. Панические атаки (неврологические и психофизиологические аспекты) – М. : «Эйдос Медиа», 2004. – 408 с.
8. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. - СПб.: Питер. - 2009. – 336 с.
9. Волошин В. М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии). Автореф. Дисс. докт. мед. наук: М., 2004. – 26 с.
10. Выборных Д. Э., Иванов С. В., Савченко В. Г. Нозогенные реакции у больных с заболеваниями системы крови // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – С. 4-10.
11. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь/ СПб. - 2002.- 162 с.

12. Горбунова В.А., Бредер В.В. IV Российская онкологическая конференция качество жизни онкологических больных
13. Данилин А. Г. Таблетка от смерти. – М.: Исолог, 2014. – 320 с.
14. Демин Е.В., Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы // Вопр. онкологии. - 1990 – Т.36. - №3. – С.360-364.
15. Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А. Психоонкология: становление и перспективы развития // Вопросы онкологии. - Т.57, № 1. - 2011 г.- С. 86-91.
16. Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. Качество жизни онкологических больных: методика изучения физической, социальной и психологической адаптации женщин при раке молочной железы и тела матки // Вопросы онкологии. – Т.36, № 3. – 1990. – С.360-364.
17. Демин Е.В., Чулкова В.А. "Путь к выздоровлению" - международная программа улучшения качества жизни больных раком молочной железы и опыт её применения в России // Маммология. – 1995. - №2.- С.4-8.
18. Джойс Ф., Силлс Ш. Гештальт-терапия шаг за шагом: Навыки в гештальт-терапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований, 2010. – 352 с.
19. Добряков И.В., Заширинская О.В. Психология семьи и больной ребенок. – СПб.: Речь. - 2007. – 400 с.
20. Донская Л.В., Демин Е.В., Артемкина Н.И. и др. Опыт реабилитации больных раком молочной железы после радикального лечения // Вопр. онкологии. - 1986. – Т. 32. - №4. – С.73-76.
21. Донская Л.В., Шиповников Н.Б., Чулкова В.А. Роль и задачи психолога в обследовании и лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. - 1986. - Т.32. № 10. - С. 90-98.
22. Коломиец И.Л. Модели психологической помощи семьям с соматически больным ребенком: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 40 с.
23. Колосов А.Е., Шиповников Н.Б. Психологические нарушения у больных при диагнозе «рак». – Киров. - 1994. - 136 с.
24. Коц Я.И., Либис Р.А. Качество жизни у больных с сердечно–сосудистыми заболеваниями // Кардиология. – 1993. – № 5. – С. 66–72.

25. Куприянова И. Е., Слонимская Е. М., Бехер О. А. Нервно-психические расстройства у женщин, страдающих раком молочной железы. // Психические расстройства в общей медицине. – 2009. – № 1. – С. 22-24.
26. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании. - Пер. с англ.- Киев: София. - 2001.- 320 с.
27. Левин Ст. Кто умирает? - К.: «София», Ltd. - 1996. – 352 с.
28. Литвинцев С. В., Успенский Ю. П., Балуква Е. В. Новые возможности терапии тревожных расстройств. // Российский психиатрический журнал. – 2007. – № 3. – С. 73-79.
29. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. – Л.: Медицина, 1983.
30. Kornblith A. B., Herndon J. E., Zuckerman E. et al. Comparison of psychosocial adaptation of advanced stage Hodgkin's disease and acute leukemia survivors. // Ann Oncol. – 1998. – Vol. 9. – P. 297-306.
31. Kubler-Ross E. On death and dying. New York: Macmillan, 1969. – 354 p.
32. Kerrihard T., Breitbart W., Dent R., Strout D. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus. // Semin Clin Neuropsychiatry. – 1999. – Vol. 4. – P. 114-132.
33. Kretschmer E. (Кречмер Э.) Строение тела и характер / пер. с нем., 2-е изд. — М.—Л. : Гос-издат, 1930. – 304 с.
34. Kessler R. C., Chiu W. T et al. The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. – 2006. – Vol. 63(4). – P. 415-424.
35. Kendler K. S., Kessler K. S., Neale M. C., Heath A. C. et al. The prediction of major depression in women: toward an integrated etiologic model. // Am J Psychiatry - 1993. - Vol. 150, № 8. - P. 1139-1148.
36. Katon W. J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. // Biol. Psychiatry. – 2003. – Vol. 54. – P. 216-226.
37. Kennedy S. H., Lam R. W., Nutt D. J., Thase M. E. Treating Depression Effectively: Applying Clinical Guidelines. – London, 2004. – 542 p.
38. Lipowski Z. J. Consultation-liaison psychiatry at century's end. // Psychosomatics. – 1992. – Vol. 33. – P. 128-133.
39. Loscalzo M., Brintzenhofeszoc K. Brief crisis counseling. In: Holland JC, editor. Psycho-oncology. New York: Oxford University Press, 1998. – 845. p.

40. Lee Y-L., Santacroce Sh. J. Posttraumatic stress in long-term young adult survivors of childhood cancer: A questionnaire survey // *General Hospital Psychiatry*. – 2007. – Vol. 29. – P. 251-256.
41. Motsch C. and Begall K. Quality of life following therapy of advanced pharyngeal carcinomas - radical surgery versus radiotherapy. *Quality of Life Res.*, 1997, vol. 6, N7, 692.
42. Miller K., Massie M.J. Depression and anxiety. // *Cancer J*. – 2006. – Vol. 12. – P. 388-439.
43. Montgomery Ch., Pocock M., Titley K. et al. Predicting psychological distress in patients with leukaemia and lymphoma. // *General Hospital Psychiatry*. – 2007. – Vol. 29. – P. 251-356.
44. Michaels A. J., Michaels C. E., Zimmerman A. E. et al. Posttraumatic stress disorder in injured adults: etiology by path analysis // *J Trauma*. – 1999. – Vol. 47. – P. 867-873.
45. Massie M. J. Prevalence of depression in patients with cancer. // *J Natl Cancer Inst Monogr*. – 2004. – Vol. 14. – P. 57-71.
46. McDonald M. V., Passik S. D., Dugan W. et al: Nurses' recognition of depression in their patients with cancer. // *Oncol Nurs Forum*. . – 1999. – Vol. 26. – P. 593-599.
47. Norton J. Treatment of a dying patient. // *Psychoanal Study Child*. – 1963. – Vol. 18. – P. 541-560.
48. Novack D. H., Plumer R., Smith R. L., Ochitill H., Morrow G. R., Bennet J. M. Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patients. // *JAMA*. – 1979. – Vol. 241. – P. 987-900.
49. Nutt D. J., Feeney A., Argyropolous S. Anxiety disorders comorbid with depression: panic disorder and agoraphobia // *Martin Dunitz*. – 2002. – P. 67-78