

И. Н. Бруй, А. А. Рублик, А. В. Копытов

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

ГУ «РНПЦ психического здоровья»

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

Стресс и напряжение являются коморбидной патологией при различных соматических заболеваниях, в том числе и при онкопатологии. Сдерживание отрицательных эмоций усиливает последствия стресса и задерживает лечение таких пациентов. В настоящей работе представлена роль и влияние эмоциональных нарушений при онкологической патологии, что подтверждает необходимость их коррекции при проведении комплексных лечебно-профилактических мероприятий. Обоснована целесообразность применения невербальных методов диагностики эмоциональных нарушений у данного контингента лиц.

Ключевые слова: *эмоциональные расстройства, онкологическая патология, диагностика.*

I. N. Brui, A. A. Rublik, A. W. Kopytau

EMOTIONAL FRUSTRATION AT THE PERSONS HAVING AN ONCOPATHOLOGY

Stress and tension are comorbid pathology at various medical disorders, including those with cancer pathology. Containment of negative emotions enhances the effects of stress and delay treatment

□ Оригинальные научные публикации

of these patients. In the present work the role and influence of emotional disorders in cancer, confirming the need for their correction in integrated treatment and prevention. The expediency of application of non-verbal methods of diagnosis of emotional disorders in this group of individuals.

Key words: *emotional disorders, cancer pathology, diagnosis.*

Блезнь – это не только физическая проблема, это проблема всего человеческого существа, состоящего не только из его тела, но разума и эмоций. Эмоциональное и интеллектуальное состояние играет существенную роль как в восприимчивости к болезням, включая рак, так и в избавлении от них. Активное и позитивное участие пациентов может повлиять на ход болезни, результаты лечения и качество их жизни.

Изучением области очерченных проблем занимается специальность, возникшая на границе двух наук, психоонкология. Область интересов психоонкологии выходит за рамки лечения рака и включает образ жизни больного, психологические и социальные аспекты онкологических заболеваний.

А. И. Бабикио определяет психоонкологию, как [1]:

- неотъемлемую отрасль онкологии и психиатрии, психологическое исследование условий возникновения рака;

- науку, занимающуюся изучением действия психологических факторов на развитие и прогрессию злокачественных новообразований;

- науку, призванную обеспечить наилучшую адаптацию онкологического больного, рассматривающую факторы приспособления, обусловленные болезнью, личностью пациента, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации.

Еще одно определение принадлежит J. Holland [7]: «Психоонкология занимается изучением двух психологических факторов, вызываемых таким недугом, как рак, – эмоциональной реакции пациентов на всех стадиях заболевания, отношением членов их семей и лиц, осуществляющих уход за больными (психосоциальный фактор), а также психологического, поведенческого и социального факторов, которые могут влиять на заболеваемость и смертность вследствие онкологических заболеваний (психобиологический фактор)».

В многочисленных психосоматических исследованиях онкологических больных показана взаимосвязь эмоций, центральной нервной и иммунной систем [5, 13].

Пациенты, страдающие онкологическими заболеваниями, нередко носят в душе обиды, и другие болезненные переживания, связывающие их с прошлым и не нашедшие своего эмоционального выхода. Чтобы пациенты могли поправиться, им необходимо научиться освобождаться от своего прошлого.

Ипохондричность, фиксированность на своем состоянии сочетаются со склонностью объяснить

очевидную и для них патологическую симптоматику не онкологическими причинами. Происходит «просеивание» информации, гипертрофированное преувеличение временных улучшений и недооценка очевидного ухудшения. Несмотря на то, что больные реально видят ход течения онкологического заболевания на примере «соседей», в каждом живет надежда на особый характер его собственного случая. Специфической особенностью является и то, что такая анозогностичность не снимает полностью тревоги и депрессивных переживаний. Реальность никогда не исчезает, а как бы отходит на второй план, особым образом перерабатывается.

Эпидемиологические данные показывают, что пациенты с онкологической патологией очень часто страдают коморбидными (сопутствующими основному заболеванию) психическими расстройствами. Так, большой депрессией страдают 10–25% из них [9] (проявления «депрессивных симптомов», определяемых методом скрининга, встречаются, по разным оценкам с частотой от 7–21% [10] до 58% [9]). Симптомы тревоги выявляются у 15–28% пациентов [8], при этом часто она бывает обусловлена тревожным, фобическим, либо паническим расстройством [12]. Наличие депрессивной симптоматики связано со снижением выживаемости при раке, возможно, что важным фактором при этом является ухудшение заботы пациентов о себе [6, 7, 12]. Психотерапия повышает приверженность пациентов лечению, побуждает их заботиться о себе, возможно даже, повышает сопротивляемость организма.

Эти и другие психические расстройства могут негативно влиять на терапию основного заболевания [12], а при их лечении, в свою очередь, следует учитывать фактор влияния онкологического процесса на их возникновение и течение.

Рак – это особое смысловое пространство, особый образ жизни и мироощущений с рядом психологических проблем. Никакое другое заболевание не порождает столько страха, боязни, как рак. Адаптация к болезни у пациентов онкологического профиля проходит 5 ступеней: отрицание или шок; гнев; «торговля»; депрессия; принятие болезни. Стадии не всегда идут в установленном порядке. Знание каждой стадии необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека. Подобные стадии имеются при тяжелых хронических заболеваниях. У лиц с онкологической патологией зачастую имеет место неконгруэнтность человека и его смыслов лич-

ности. Неконгруэнтность проявляется в том, что сохранение здоровья не является по жизни главным смыслом у онкологических пациентов, при этом нормативные критерии личности высоки. Ведущим типом отношения к болезни у данного контингента является сенситивный, на втором месте эргопатический (уход в работу). У субъектов с онкопатологией имеются высокие показатели сверхконтроля и ригидности, что характеризует их как личностей, склонных к сдерживанию самореализации, контролю и скупости эмоций, осторожности, высокой требовательности к себе и другим при стремлении соответствовать нормативным критериям. Как субъекты деятельности онкопациенты весьма успешны в жизни и работе. Неконгруэнтность смыслов проявляется также в несоответствии декларируемых и глубинных смыслов личности.

Для лиц с онкологической патологией свойственны следующие факторы самоотношения: самоуважение, аутосимпатия, самоуничижение. Самоуважение отражает тенденцию к соответствию субъекта социально желаемому образу, социально-нормативным критериям. Аутосимпатия характеризует самоотношение на основе эмоционально чувства привязанности и расположения к себе. Самоуничижение – внутреннюю конфликтность и самообвинение. Самоуничижение у данного контингента можно рассматривать в качестве механизма психологической защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены [4].

К настоящему времени данные доказательной медицины неопровержимо показывают необходимость и эффективность психоонкологического подхода при диагностике и комплексном лечении соответствующей патологии [2, 6, 7].

В данной области знаний остается много неизученного, что представляло бы интерес для обеспечения более эффективных мероприятий по профилактике и реабилитации онкобольных с ориентацией на комплексный подход.

Цель исследования: определить эмоциональные нарушения у лиц, страдающих онкопатологией крови и щитовидной железы, для оптимизации комплексного подхода лечебно-профилактических мероприятий при данной патологии.

Задачи исследования:

- Изучить уровень агрессивности у лиц, страдающих онкопатологией и контрольной группе;
- Оценить уровень депрессии по шкале Цунга у лиц, страдающих онкопатологией и контрольной группе;
- Произвести оценку эмоционального статуса с применением невербальных опросников у лиц, страдающих онкопатологией и контрольной группе;

- Произвести сравнение полученных данных в обеих исследуемых группах;

- Показать необходимость коррекции эмоциональных нарушений при проведении комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

Материалы и методы

Общая характеристика выборки.

В 2013 году проведено одномоментное клинико-психопатологическое исследование методом «случай-контроль».

Общие социально-демографические характеристики субъектов основной группы. Основная группа включала в себя 30 субъектов, страдающих онкологической патологией в виде заболеваний крови и щитовидной железы. Диагноз онкологического заболевания был выставлен квалифицированными специалистами в области онкологии и подтвержден инструментальными методами исследования. Возраст исследуемых составлял от 19 до 70 лет. Пациенты проходили в этот период стационарное лечение в Минском городском клиническом онкологическом диспансере и на базе 9 Городской клинической больницы. Из них 13 человек страдали лейкозами, 13 человек со злокачественными и 4 человека с доброкачественными опухолями щитовидной железы.

Мужчины составляли 40%, женщины – 60%. Высшее образование имели 70,7% пациентов, средне-специальное – 2,4%, среднее – 26,8%, 63,3% – городские жители, 36,7% из сельской местности.

Ассоциация с операцией: 13 человек в операции не нуждались, до операции находились 5 человек, после операции – 11 человек, повторная операция была проведена 1 человеку.

Наследственность по онкологической патологии отмечалась у 16,7% опрошенных.

Общие социально-демографические характеристики субъектов контрольной группы.

Контрольная группа составила 11 субъектов без онкологической патологии в возрасте от 22 до 52 лет. Характеристика по половому признаку: 36,3% – мужчины, 63,6% – женщины. Высшее образование имели 81,8% опрошенных, среднее – 18,2%. В городе проживали 72,7% лиц, 27,3% – в сельской местности.

Методы исследования.

Исследование проводилось с использованием следующих психологических инструментов:

- 1) Шкала Цунга (англ. Zung Self-Rating Depression Scale) – тест для самооценки депрессии был разработан в Университете Дюка психиатром доктором Уильямом Цунгом. Тест позволяет оценить уровень депрессии пациентов и определить степень депрессивного расстройства. Тест

□ Оригинальные научные публикации

«Шкала Цунга» обладает высокой чувствительностью и специфичностью. В тестировании учитывается 20 факторов, которые определяют четыре уровня депрессии. В тесте присутствуют десять позитивно сформулированных и десять негативно сформулированных вопросов. Каждый вопрос оценивается по шкале от 1 до 4 (на основе этих ответов: «никогда», «иногда», «часто», «постоянно»). Результаты делятся на четыре диапазона: 25–49 нормальное состояние; 50–59 легкая депрессия; 60–69 умеренная депрессия; 70 и выше тяжелая депрессия [3].

2) опросник Басса-Дарки (Buss-Durkee Hostility Inventory) предназначен для выявления уровня агрессивности респондентов [3]. Создавая свой опросник, дифференцирующий проявления агрессии и враждебности, А. Бассе и А. Дарки выделили следующие виды реакций:

1. Физическая агрессия – использование физической силы против другого лица.

2. Косвенная – агрессия, окольным путем направленная на другое лицо или ни на кого не направленная.

3. Раздражение – готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (вспыльчивость, грубость).

4. Негативизм – оппозиционная манера в поведении от пассивного сопротивления до активной борьбы против установившихся обычаев и законов.

5. Обида – зависть и ненависть к окружающим за действительные и вымышленные действия.

6. Подозрительность – в диапазоне от недоверия и осторожности по отношению к людям до убеждения в том, что другие люди планируют и приносят вред.

7. Вербальная агрессия – выражение негативных чувств как через форму (крик, визг), так и через содержание словесных ответов (проклятия, угрозы).

8. Чувство вины – выражает возможное убеждение субъекта в том, что он является плохим человеком, что поступает зло, а также ощущаемые им угрызения совести. Опросник состоит из 75 утверждений.

3) Невербальный тест «Рисунок человека». Тест «Рисунок человека» разработан К. Маховер в 1946 году на основе теста Ф. Гудинафа с целью определения индивидуальных особенностей личности. Процедура теста состоит из того, что человеку дают простой карандаш и стандартный чистый лист бумаги формата А4 и просят создать рисунок: «Нарисуйте, пожалуйста, человека, какого хочешь» [3].

4) Анкеты для сбора анамнестических данных.

Статистическая обработка производилась с помощью SPSS 17.0.

Результаты и обсуждение

Согласно полученным данным уровень депрессии в основной и контрольной группах по вербальному опроснику Цунгане отличались. Надо отметить, что в этом тесте результат в 50 и больше баллов свидетельствует о наличии у субъекта депрессии. Средние групповые значения (рисунок 1) по уровню депрессии в основной и контрольной группе составляли соответственно $38,6 \pm 1,1$ и $37,4 \pm 2,6$ балла ($p < 0,05$), что говорит об отсутствии депрессии в обеих исследуемых группах.

Если оценивать профиль агрессивности, представленный на рисунке 2, следует отметить, что у субъектов, страдающих онкопатологией преобладают такие показатели, как вербальная агрессия – 54,29 балла, негативизм – 45 баллов, подозрительность – 49,07 балла, по сравнению с контролем (52,8; 38 и 47,6 балла соответственно). На рисунке 2 в контрольной группе показатель обиды (64,1 балла) достоверно выше, по сравнению с основной группой (49,21 балла; $p < 0,05$). Можно предположить, что сниженный уровень обиды в основной группе свидетельствует о сдерживании отрицательных эмоций, тем самым усиливая стресс и задерживая выздоровление.

По данному опроснику можно оценить индекс агрессивности и враждебности в основной и контрольной группе.

Индекс враждебности (ИВ) рассчитывается:

$ИВ = \text{подозрительность} + \text{обида}$.

По результатам исследования достоверных различий по индексу враждебности у пациентов с онкологической патологией и лиц, не страдающих онкологическими заболеваниями, не выявлено ($p < 0,05$).

Индекс агрессивности (ИА) рассчитывается:

$ИА = \text{физическая агрессия} + \text{вербальная агрессия} + \text{косвенная агрессия}$.

Из рисунка 2 следует, что на показатель индекса агрессивности будут влиять именно вербальная агрессия и косвенная агрессия, так как

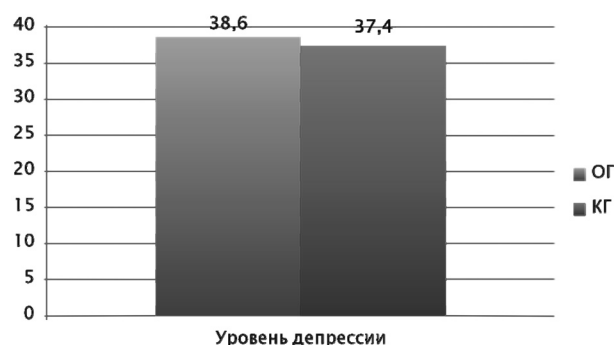


Рис. 1. Средние групповые значения уровня депрессии в группах по опроснику Цунга

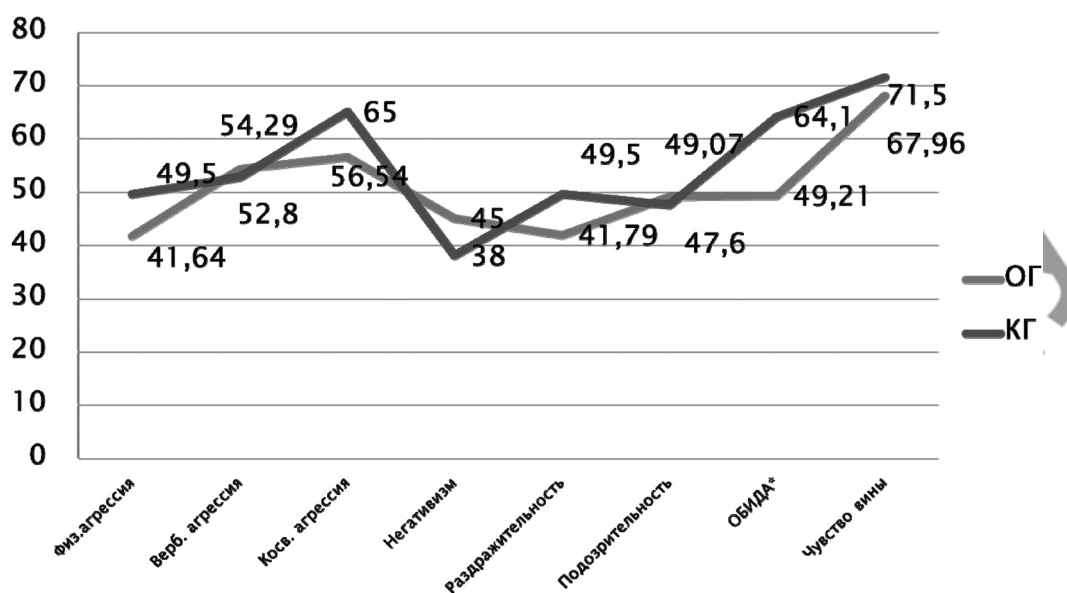


Рис. 2. Данные по опроснику Басса-Дарки

физическая агрессия значительно снижена. Таким образом, индекс агрессивности будет высоким за счет скрытых агрессивных тенденций.

Данные по исследованию количества субъектов с различными уровнями индекса агрессивности в основной и контрольной группах представлены в таблице 1.

Таблица 1. Распределение субъектов с различными уровнями индекса агрессивности в исследуемых группах

Группа исследования	Количество субъектов с высоким индексом агрессивности (%)	Количество субъектов с нормативным индексом агрессивности (%)
Основная	10,7	10,7
Контрольная	–	40

Таким образом, среди пациентов с опопатологией достоверно преобладают лица с высоким индексом агрессивности, в контрольной группе – с нормативным ($\chi^2 = 5,8$; $p < 0,05$).

Исследование по тесту «Рисунок человека». В рисунках оценивались такие элементы как: половая принадлежность, наличие или отсутствие одежды, кистей, пояса, шеи, других частей тела, непропорциональность тела, разрыв контуров, «заштрихованность». Полученные данные отражены в таблице 2.

В результате оценки рисунков, отмечается достоверное преобладание в основной группе субъектов с отсутствием шеи, что свидетельствует

Таблица 2. Результаты теста «Рисунок человека»

Переменные теста	χ^2	p
Наличие шеи	6,6	< 0,05
Заштрихованность линий тела	8,4	< 0,05

о проблемах в эмоциональной сфере. Отсутствие шеи, в интерпретации авторов теста, свидетельствует об эмоциональной «выхолащенности», неспособности к эмоциональному реагированию. Полученные данные представляют возможность высказать гипотезу об имеющемся механизме психологической защиты «конверсии» у данного контингента. В этих случаях происходит трансформация эмоции в соматическую сферу. Этим обосновано их отсутствие у лиц, страдающих серьезной соматической патологией.

Следует отметить низкую диагностическую эффективность вербальных опросников, так как в этих инструментах отсутствует шкала лжи, а субъекты, отвечая на вопросы, пытаются скрыть имеющиеся психологические проблемы.

В группе контроля достоверное преобладание лиц с элементом «заштрихованности», что в интерпретации авторов теста, может свидетельствовать о наличии тревоги, беспокойства у лиц этой группы, а также сохранности эмоционального реагирования.

Выводы

1. В основной группе достоверно преобладают субъекты с высоким уровнем индекса агрессивности, что свидетельствует о скрытых нереализованных агрессивных тенденциях.

2. Применение вербальных опросников для диагностики эмоционального статуса является у данного контингента низкоэффективным. Поэтому в данных случаях следует рекомендовать невербальные методы диагностики, которые являются для данной патологии более объективными.

3. Данные по невербальному опроснику свидетельствуют о сохранности эмоционального реагирования в КГ, для лиц, страдающих онкологиче-

□ Оригинальные научные публикации

ческими заболеваниями типична «выхолощенность» эмоциональных реакций, что может свидетельствовать об их трансформации в соматическую сферу.

4. Выявленные эмоциональные нарушения («выхолощенность» эмоций, скрытая агрессивность) нуждаются в коррекции при проведении комплексных лечебно-профилактических мероприятий.

Литература

1. Бабик, А. И. Психонкология: камогрядеши? / А. И. Бабик // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2011. – № 1 (40). – С. 70–76.
2. Дуброва, В. П. Этико-психологические аспекты работы врача общей практики с онкологическими больными / В. П. Дуброва, К. Н. Егоров // Медицинские новости. – 2003. – № 2. – С. 3–11.
3. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2005. – 992 с.
4. Русина, Н. А. Психологическая адаптация к болезни у пациентов с онкологическим заболеванием / Н. А. Русина // Сб. матер. Всероссийской науч.-практ. конф. «Клиническая психология в здравоохранении и образовании». – Москва, 2011г. – С. 104–109.
5. Baltrusch, H. J. Stress, cancer and immunity. New developments in biopsychosocial and psychoneuroimmunologic research / H. J. Baltrusch, W. Stangel, I. Titze // Acta Neurol. (Napoli). – 1991. – Vol. 13, № 4. – P. 315–327.
6. Dolbeault, S. Psycho-oncology: Where Have We Been? Where Are We Going? / S. Dolbeault, A. Szporn, J. C. Holland // European Journal of Cancer. – 1999. – Vol. 35. – Vol. 11. – P. 1554–1558.
7. Holland, J. F. Principles of psycho-oncology / J. F. Holland [et al.] // Cancer Medicine. – 3rd edn. – Baltimore: Williams and Wilkins. – 1993. – P. 1017–1033.
8. Kerrihard, T. Anxiety in patients with cancer and human immunodeficiency virus / T. Kerrihard [et al.] // Semin. Clin. Neuropsychiatry. – 1999. – Vol. 4, № 2. – P. 114–132.
9. Kissane, D. W. Psychiatric disorder in women with early stage and advanced breast cancer: a comparative analysis / D. W. Kissane [et al.] // Aust. NZJ Psychiatry. – 2004. – Vol. 38. – P. 320–326.
10. Massie, M. J. Prevalence of depression in patients with cancer / M. J. Massie // J. Nat. Cancer Inst. Monogr. – 2004. – P. 57–71.
11. Pirl, W. F. Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of depression in cancer patients / W. F. Pirl // J. Nat. Cancer Inst. Monogr. – 2004. – P. 32–39.
12. Stark, D. P. Anxiety in cancer patients / D. P. Stark, A. House // Br. J. Cancer. – 2000. – Vol. 83. – P. 1261–1267.
13. Temoshok, L. Personality, coping style, emotion and cancer: towards an integrative model / L. Temoshok // Cancer Surv. – 1987. – Vol. 6, № 3. – P. 545–67.

Поступила 1.08.2014