

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ОНКОПАТОЛОГІЇ ГОЛОВНОГО МОЗКУ НА ЕТАПАХ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ В ДООПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Дніпропетровська державна медична академія

(ректор – академік АМН України, д. мед. н., проф. Г.В. Дзяк)

Ключові слова: *первинні пухлини головного мозку, психопатологічні порушення, тип ставлення до хвороби, симптоми-мішені, психотерапевтична допомога*

Key words: *primary brain tumors, psychopathological infringements, type of the attitude to illness, symptoms-targets, psychotherapeutic help*

Резюме. *В статті рассмотрены возможности применения психотерапии у больных с первичными опухолями головного мозга. Представлены данные клинического психиатрического и патопсихологического исследования пограничных психопатологических нарушений. Изучена динамика изменений в структуре психопатологической симптоматики в результате проведенной психотерапевтической интервенции в соответствии с выделенными симптомами-мишенями. Изложена концепция построения индивидуальной модели психотерапевтической помощи, базирующейся на результатах исследования.*

Summary. *In the article possibilities of application of psychotherapy in patients with primary brain tumors are considered. Data of clinical psychiatric and pathological researches of boundary psychopathological infringements are presented. Dynamics of variations in the structure of psychopathological semiology as a result of the conducted psychotherapeutic intervention according to the distinguished symptoms-targets is studied. The concept of construction of individual model of the psychotherapeutic help based on research is results is presented.*

Незважаючи на великий матеріал, отриманий завдяки клінічним дослідженням психічних проявів нейроонкологічної патології, дані про особливості психопатологічної симптоматики при пухлинах головного мозку (ПГМ) досить суперечливі [1, 2, 3]. Багато в чому невирішеною залишається проблема ранньої діагностики, особливо при маніфестації первинних ПГМ психічними розладами. Факт діагнозу смертельної хвороби відбивається на психічному стані онкологічних хворих з будь-якою локалізацією пухлинного процесу - за даними літератури, кожен другий пацієнт страждає різними психічними порушеннями [9, 10], які в свою чергу вкрай негативно впливають на перебіг більшості онкологічних захворювань і сприяють настанню передчасної смерті [4]. Разом з тим, існує цілий ряд особливостей, що виділяють пацієнтів з пухлинами головного мозку із загальної популяції онкологічних хворих. Безсумнівно, діагноз «пухлина головного мозку» є потужним стресовим фактором, що має надзвичайний по силі і тривалості психотравмуючий вплив на особистість хворого [7, 8], однак практично відсутні дані, присвячені дослідженню етіопатогенетичних механізмів та особливостей психогенно-особистісних реакцій, що виникають на факт діагностики ПГМ. Досвід широкого застосування психотерапії в ком-

плексному лікуванні та реабілітації хворих з онкологічними захворюваннями різної локалізації, на жаль, не поширюється на популяцію пацієнтів нейроонкологічних клінік.

Метою роботи було вивчення можливостей психотерапії на етапах диференційної діагностики та лікування хворих з ПГМ в доопераційному періоді для подальшої розробки стратегії психофармакологічної корекції та психотерапевтичної допомоги на госпітальному та постгоспітальному етапах лікування і реабілітації.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Робота проведена в структурі дослідження особливостей психічних порушень у хворих з психопатологічним варіантом клінічної маніфестації первинних ПГМ. Дослідження проводилося на етапах консультування, амбулаторного та стаціонарного обстеження та лікування в передопераційному періоді, з добровільної згоди пацієнтів і найближчих родичів. З огляду на мету і завдання дослідження, при формуванні вибірки хворих виключалися пацієнти з супутніми хворобами нервової системи та соматичними захворюваннями, що викликають ранне ураження нервової системи; з преморбідним обтяженням психічними розладами, ознаками порушення свідомості, а також когнітивними розладами, що досягають клінічного рівня. Критеріями для

проведення психокорекції та психотерапії служили виявлені психічні розлади непсихотичного регістру, що були ранніми проявами клінічної маніфестації первинних ОГМ. Етапи роботи включали:

- психопатологічну і патопсихологічну оцінку синдромів і симптомокомплексів, спрямовану на виявлення мішеней психотерапевтичного впливу;

- визначення методу і проведення психотерапевтичного впливу відповідно до виділених симптомів - мішеней (клінічним обґрунтуванням вибору методу лікувального впливу служили психопатологічні та експериментально – психологічні характеристики психічного стану хворих);

- повторне комплексне клініко – психопатологічне та патопсихологічне дослідження, спрямоване на виявлення динаміки змін у структурі психопатологічної симптоматики (що служило також диференційно - діагностичним критерієм для уточнення етіопатогенезу психічного розладу) і оцінка реалізації основного психотерапевтичного завдання - формування максимально адаптивних (у рамках ресурсів особистості) способів реагування на хворобу, що не супроводжуються запереченням реальності захворювання, відмовою від лікування та іншими порушеннями комплаєнтності.

Використовувалося клінічне психіатричне обстеження, що включало структуроване інтерв'ю, клініко-психопатологічна частина якого містила стандартні міжнародні критерії психічних розладів за МКХ-10 і оригінальні критерії оцінки психічних порушень, які розроблені на етапі підготовки дослідження і дозволяють уточнювати біографічні дані, рівень освіти, культуральні особливості мікросередовища, соціальний і сімейний статус, наявність протягом декількох років до виникнення новоутворення головного мозку важких стресових подій, преморбідні особистісні характеристики. У патопсихологічному дослідженні використані модифіковані варіанти методики ЛОБІ, методика колірного вибору Люшера.

Як базисний метод психотерапевтичного впливу використовувалася ад'ювантна психологічна терапія (АПТ) (короткострокова, проблемно-фокусована групова програма когнітивно-біхевіорального напрямку), а також індивідуальна раціональна і сімейна терапія [5, 6].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Враховуючи критерії відбору, вибірку склали 159 пацієнтів у віці від 21 до 56 років, з них 76 чоловіків і 83 жінки (середній вік $41,4 \pm 11,5$

року і $44,6 \pm 12,3$ року відповідно). На початкових етапах діагностики психічні розлади у вивченій вибірці хворих переважно були кваліфіковані в рамках таких категорій, як «невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні», «розлади настрою», «органічні, включаючи симптоматичні». Психопатологічним варіантом прояву формування ПГМ пояснюється тривалість клініко-діагностичного періоду і, відповідно, можливість спостереження і дослідження хворих (середня величина зазначеного періоду з моменту первинного звернення до верифікації ПГМ склала $7,9 \pm 5,8$ місяця). У хворих, що увійшли до вибірки, в ініціальному періоді на синдромальному і симптоматичному рівнях переважали неврозоподібні (астенічні та іпохондричні) стани та непсихотичні розлади настрою (переважно депресивні). У період виражених маніфестних проявів за частотою спостережень на першому місці відзначені непсихотичні афективні розлади (в переважній більшості - атипові депресивні синдроми) і особистісні порушення (поява клінічного радикала, коригуючого з провідними властивостями преморбіда, або виникнення симптомів психопатоподібного регістру поза зв'язком з характерологічними особливостями особистості).

Неврозоподібний реєстр був представлений компонентами неврастенічного, обсесивно-фобічного і істеричного симптомокомплексів, виникненню яких у більшості спостережень передували чітко окреслені астенічні стани, що включали переважно емоційно-гіперестетичні розлади. Істеричний симптомокомплекс характеризувався вираженою конверсійною симптоматикою з ситуаційною залежністю появи і ступеня виразності.

Афективні розлади були представлені тільки гіпотимічними станами і більшою мірою залежали від локалізації процесу: при лобовій локалізації характеризувалися адінамічною субдепресією з переважанням млявості, відсутності бажань, тугою без вітального компонента, що переживається як байдужість, і астеносубдепресивним симптомокомплексом - нерізка вираженою тугою з відчуттям втрати життєвого тону, психічною стомлюваністю, слабкістю, які поєднувалися з гіперестезією, емоційною лабільністю, неухважністю уваги; при скроневій і тім'яній локалізації спостерігалися типовий субдепресивний синдром і симптомокомплекси тужливо-депресивних і тривожно-депресивного станів. Дебют первинних пухлин головного мозку особистісними порушеннями характеризувався як появою клінічного радикала, коригу-

ючого з провідними властивостями преморбіда, так і виникненням симптомів психопатоподібного реєстру поза зв'язком із характерологічними особливостями особистості. Ці прояви спочатку розцінювалися як реакції адаптації, оскільки за часом виникнення збігалися з актуальними негативними стресовими подіями життя пацієнтів.

Дослідження ставлення до хвороби виявило перевагу типу ставлення до хвороби (ТСХ) з порушенням соціальної адаптації (у 36,5% - інтрапсихічний тип напрямку соціальної дезадаптації (НСД), у 34,0% - екстрапсихічний тип НСД; у 29,5% виявлено ТСХ без істотних порушень соціальної адаптації).

Тест колірних виборів чітко констатував у хворих стан емоційної напруженості, фізіологічного дискомфорту, занепокоєння, перевтоми, почуття безсилля, розвинуте у процесі протидії несприятливим обставинам, дратівливість у відповідь на ситуацію, що склалася, виражену вибірковість в особистісних контактах, образливість. Відзначалася незадовільність собою, пасивний протест проти обставин, що склалися, підвищена чутливість до середовищних впливів, зниження соціальної активності, відхід від широких контактів з людьми. Основними патопсихологічними феноменами були схильність до коливань настрою, наполегливість, нетерпимість, образливість, імпульсивність вчинків, запальність та дратівливість, схильність до накопичення негативних емоцій. Це суперечливо поєднувалося з переважанням пасивно-страждальної особистісної позиції, високим рівнем усвідомлення наявних проблем і песимістичною оцінкою своїх перспектив, низьким рівнем включення в соціальне середовище, відгородженістю, відчуттям внутрішньої дисгармонії, невпевненістю в собі. Поєднання різноспрямованих тенденцій і суперечливості реакцій свідчило про глибокий внутрішній конфлікт та особистісну дисгармонію хворих, у деяких випадках - про підвищення суїцидального ризику. У ситуаціях стресу основними захисними механізмами були: раціоналізація, прагнення перекласти провину за невдачу на оточуючих і знизити цінність того, що здається недосяжним; прагнення дати ситуації своє власне пояснення, яке не завжди збігається із загальноприйнятим; обмежувальна поведінка, звужуюча діапазон активності; витіснення психологічних проблем або поведінкові агресивні реакції; підсвідоме відторгнення інформації, травмуючої особистість.

Таким чином, проведене на першому етапі психолого - психіатричне дослідження дозволило

виділити наступні мішені психотерапевтичного впливу: зниження інтенсивності тривожних і депресивних переживань, у пацієнтів із проявами деморалізації - формування менш катастрофічного образу хвороби і усвідомлення загрозливих наслідків некомплаєнтної поведінки; гармонізація сприйняття власної хвороби, спрямована на зменшення почуття безсилля, фобічних і депресивних симптомокомплексів, що виникають на факт діагностики онкологічного захворювання головного мозку; підвищення комплаєнтності за рахунок прийняття факту діагностики пухлини у хворих з дезадаптивним «запереченням» значущості хвороби, що призводить до ігнорування тривожних ознак і симптомів та допомоги у боротьбі з діагнозом ПГМ.

Ефективність психотерапії. Повторне комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне дослідження, проведені з метою верифікації клінічних феноменів, підтвердили ефективність психотерапевтичного впливу у вивченій вибірці хворих. Результати дослідження можна поділити на дві групи. **Першу** з них складають отримані дані про роль психологічних аспектів реакції особистості на онкологічне захворювання при виникненні і розвитку психічних розладів, які при ПГМ необхідно розглядати у структурі нозогенії. Позитивна динаміка змін у структурі психопатологічної симптоматики як результат психотерапевтичного впливу виявлена у 136 (85,5%) пацієнтів: у 69 хворих відзначена виражена редукція субсиндромальних тужливо-депресивних і тривожно-депресивних станів, у 48 спостереженнях вдалося досягти купірування obsесивно-фобічних порушень; у 29 пацієнтів досягнута позитивна динаміка в редукції соматоформних вегетативних порушень. Відсутність результатів психотерапевтичного впливу відзначена у хворих з вираженою конверсійною симптоматикою, а також при перевазі адинамічної субдепресії (всі спостереження відносяться до верифікованих у подальшому злоякісних ПГМ, переважно лобової локалізації). **Другу** групу склали верифіковані експериментально-психологічним дослідженням дані про ефективність психотерапевтичної корекції дезадаптивних патернів ставлення до хвороби, що виявляються зокрема «деморалізацією» і «запереченням». Допомога у подоланні думок про діагноз, формування менш катастрофічного образу хвороби у пацієнтів та членів їх сім'ї в 147 (92,5%) спостереженнях дозволило сформуваати адекватну медичну позицію, орієнтовану на прийняття лікарських рекомендацій і вироблення самостійних рішень у такій психотравмуючій

ситуації, як необхідність оперативного втручання. Відзначена редукція проявів некомплектної поведінки завдяки прийняттю факту діагнозу пухлини, усвідомленню загрозливих наслідків ігнорування тривожних ознак і симптомів і, відповідно, формуванню нових адаптивних способів подолання хвороби.

ПІДСУМОК

Таким чином, існуючі особливості, які виділяють пацієнтів з пухлинами головного мозку із загальної популяції онкологічних хворих, не виключають можливостей диференційованого застосування психотерапевтичного втручання. Клінічне психолого-психіатричне дослідження та оцінка результатів психотерапії безсумнівно можуть служити диференційно-діагностичним кри-

терієм для уточнення етіопатогенезу психічних розладів при ПГМ. Побудова індивідуальної моделі психотерапевтичної допомоги, що базується на вивченні психологічних характеристик, дозволить впливати на ряд особливостей клінічної картини психопатологічних проявів пухлин на госпітальному етапі, а також мінімізувати наслідки оперативного лікування ПГМ. Такий підхід може сприяти вирішенню багатьох важливих завдань у наданні психотерапевтичної допомоги, включаючи купірування психопатологічної симптоматики та адекватну оцінку результату лікування в динаміці з відповідною корекцією своєчасної методики в разі незадовільного ефекту.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Абашеев-Константиновский А.Л. Психопатология при опухолях головного мозга. – 2 изд., испр. / А.Л. Абашеев-Константиновский. – М.: Медицина, 1973. – 200с.
2. Гринберг Д., Аминофф М., Саймон Р. Клиническая неврология. – М., 2004. – С. 452–476.
3. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. - М.: БИНОМ, 2006.
4. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners / J.M. Donnelly, S. Fleishman [et al.] // Psychooncology. – 2000. – Vol. 9 – P. 44-56.
5. Greer S. Evaluation of adjuvant psychological therapy for clinically referred cancer patients / S. Greer, S. Moorey, J. Baruch // Br. J. Cancer. -2002 – Vol. 63. – P. 257-260.
6. Greer S. Psychooncology: its aims, achievements and future tasks / S. Greer // Psychooncology. - 1994. - Vol. 3, N2. - P. 87-101.
7. Meyer T.J., Mark M.M. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments / T.J. Meyer, M.M. Mark // Health. Psychol. – 1995. – N 14. – P. 101-108.
8. Petticrew M. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review / M. Petticrew, R. Bell, D. Hunter // BMJ. – 2002 - Vol. 325. – P.1066.
9. Psychosocial morbidity and its correlates in cancer patients of the Mediterranean area: findings from the Southern European. Psycho-Oncology Study / L. Grassi, L. Travado, F.L. Moncayo [et al.] // J. Affect. Disord. – 2004. – Vol. 83. – P. 243-248.
10. The Demoralization Scale. A report of its development and preliminary validation / Kissane D.W., Wein S., Lave A. [et al.] // J. Palliat. Care. – 2004. – Vol. 20. – P. 269-276.

